

ERHEBUNGSBOGEN

Vor- und Zuname der verletzten Person		Beruf	Aktenzeichen
Anschrift		Telefon	VSNR
VSNR (Ang.)		Unfallsort (genaue Adresse)	Unfallsdatum
Unfallszeit			
Der Unfall ereignete sich: <input type="checkbox"/> in Ausübung der beruflichen Tätigkeit <input type="checkbox"/> im Betrieb <input type="checkbox"/> in der Landwirtschaft <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in der Schule / bei einer Schulveranstaltung <input type="checkbox"/> auf dem Weg (der Fahrt) zur oder von der Arbeit/Schule <input type="checkbox"/>		Unfallsart: <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Raufhandel (bzw. tätliche Auseinandersetzung) <input type="checkbox"/> Verletzung durch Tiere <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> durch den Gebrauch eines fehlerhaften Produktes <input type="checkbox"/> KEIN UNFALL (Abnützung, Erkrankung etc.) <input type="checkbox"/>	
Liegt Fremdverschulden vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Genauere Schilderung des Unfalles (unbedingt ausfüllen): 			
Welche Verletzungen wurden ärztlich festgestellt?		Verletzter Körperteil mit Körperseite: (z.B.: linke Hand)	
Ist die Behandlung bereits abgeschlossen?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von wem werden Sie derzeit noch behandelt?			
Wie lange wird die Behandlung voraussichtlich fortgesetzt?			
Sind Dauerfolgen anzunehmen?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
WO FAND BISHER EINE BEHANDLUNG STATT?			
Name der Ärzte:			
		von	bis
		von	bis
		von	bis
		von	bis
		von	bis
Bezeichnung des Krankenhauses:			
stationäre Behandlung	von	bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ambulante Behandlung	von	bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Behandlungsstellen:			
		von	bis
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Krankentransport am: Bezeichnung des Transportunternehmers:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welcher Polizei-Dienststelle wurde der Vorfall aufgenommen bzw. Anzeige erstattet? (Bezeichnung und Adresse der Behörde)	
Wer ist vermutlich an dem Vorfall schuldtragend? (Name und Adresse des Betroffenen)	
Hat eine Strafverhandlung schon stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gericht / Aktenzahl:	
Werden zivilrechtliche Ansprüche gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gegenüber wem?	
Mit welchem Ergebnis?	
Gericht / Aktenzahl?	
Name, Anschrift und Tel.Nr. des Rechtsanwaltes	

Nur bei Unfällen mit Beteiligung von Kraftfahrzeugen auszufüllen (unabhängig von der Verschuldensfrage)!

Eigenes Fahrzeug bzw. Fahrzeug in dem Sie Insasse waren	Andere(s) Fahrzeug(e)*
Behördliches Kennzeichen	Behördliches Kennzeichen
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/>
Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeughalters	Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeughalters
Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeughalters	Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeughalters
Haftpflichtversicherungsanstalt / Polizzennummer	Haftpflichtversicherungsanstalt / Polizzennummer

In welcher Eigenschaft waren Sie am Unfall beteiligt?	
<input type="checkbox"/> KFZ-Lenker	<input type="checkbox"/> Mitfahrer
<input type="checkbox"/> Fußgänger	<input type="checkbox"/> Radfahrer
<input type="checkbox"/>	

- Weitere beteiligte Fahrzeuge bitte auf einem gesonderten Beiblatt angeben!

Bitte beachten Sie:

„Unfall“ bedeutet nicht zwangsläufig Verkehrsunfall. Auch bei Verletzungen in Folge eines Raufhandels oder Tierbisses bzw. nach einem Privat- oder Sportunfall erhalten Sie einen Unfallfragebogen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- bei sonstigen Unfällen der eventuelle Entschädigungsanspruch gegen Dritte und
- bei Arbeitsunfällen der Anspruch gegenüber der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt jeweils bis zur Höhe der für den Versicherungsfall erbrachten Leistungen an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft übergeht.

Datum

Unterschrift des Verletzten
oder dessen gesetzlichen Vertreters