

ÄRZTLICHER BERICHT

(auszufüllen vom behandelnden Arzt)

Name der verletzten Person (Patienten): _____

Geburtsdatum der verletzten Person (Patienten): _____

Polizze Nummer: _____ Schaden Nummer: _____

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch
genommen worden?

Datum, Uhrzeit _____

Wer hat sie geleistet? _____

Bitte geben Sie die Anamnese
(Unfallhergang) bekannt: _____

Bitte geben Sie die Art der Verletzung
(genaue Diagnose) bekannt: _____

Arbeitsunfähigkeit: völlige 100%ige Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____

teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____

War der/die verletzte Person im Krankenhaus: JA NEIN

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Hat der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge?

JA welche: _____

MÖGLICHERWEISE welche: _____

NEIN

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall:

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degenerationen (Bänder, Kapseln, Knorpel, Sehnen, Menisken usw.)?

Sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkungen, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

JA wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

NEIN

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

JA wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

NEIN

Erforderliche ÜBERWEISUNGSDATEN:
IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--

(IBAN für Inlandsüberweisung = 20 Stellen – bitte jeweils 4 Stellen eintragen)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes