

Unfallfragebogen für:

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ KVNR: \_\_\_\_\_

Unfall/Verletzung am	Uhrzeit	Unfall-/Verletzungsort, Strasse, Hausnummer
<b>Art des Unfalls oder Schadensereignis</b> <span style="float: right;"><i>Bitte beantworten Sie auch die Zusatzfragen!</i></span>		
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> alter Arbeits- / Wegeunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Schlägerei / Überfall <input type="checkbox"/> Kinderhortunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch Eis- / <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Unfall bei einer Pflege Tätigkeit <input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere    Schneeglätte		
Wie ereignete sich der Unfall? Bitte unbedingt die Unfallursache und den Unfallhergang schildern (ggf. auf Zusatzblatt):		
Wer hat den Schaden nach Ihrer Ansicht verschuldet oder verursacht?	Name: _____ Vorname: _____	Anschrift: _____
Zeugen	Name, Anschrift	
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Polizeidienststelle, Anschrift, Registriernummer	
Haben Sie eigene Ansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn durch einen Rechtsanwalt: Name, Anschrift	
Angaben zur ärztlichen Behandlung	Erste Hilfe durch: _____ Weitere Behandlung durch: _____	
Krankenhausbehandlung	Im: _____ Vom: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
Wurde ein Krankentransport durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Von: _____ bis: _____ Arbeitsunfähigkeit bestand / besteht
Art der erlittenen Verletzung		

Zusatzfragen zur Unfallart (nur den betreffenden Abschnitt ausfüllen)

Bei Arbeitsunfall – Wegeunfall – Schulunfall – Kindergartenunfall

Wo ereignete sich der Unfall? (Betrieb, Schule, Lehranstalt, Kindergarten, Kinderhort)	Name und Anschrift des Betriebes, Schule usw.:	
	Zuständige Berufsgenossenschaft:	
Auf welchem Weg ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> auf direktem Wege zur/von der Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/> auf dem Wege zur/von der Schule/Universität
	<input type="checkbox"/> auf einem Betriebs- /Dienstweg	<input type="checkbox"/> auf dem Weg zum/vom Kindergarten

Bei Verkehrsunfall

zur eigenen Person

zum Unfallbeteiligten

Art des Fahrzeuges?		
Polizeiliches Kennzeichen?		
Fahrer beim Unfall?		
Anschrift des Fahrers?		
Halter des Fahrzeuges?		

Anschrift des Halters?		
Haftpflichtversicherung?		
Vers. bzw. Schadensnummer?		

Bei Unfall durch öffentliche Verkehrsmittel

Bus <input type="checkbox"/>	Straßenbahn <input type="checkbox"/>	Eisenbahn <input type="checkbox"/>	Linie	Fahrtrichtung	Verkehrsgesellschaft
---------------------------------	---	---------------------------------------	-------	---------------	----------------------

Unfall bei oder im Zusammenhang mit einer Pflegetätigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes

Wer wurde gepflegt?	Name, Anschrift
Pflegekasse des Gepflegten	

Bei Unfall durch Eis- oder Schneeglätte

Genaue Unfallstelle?	<input type="checkbox"/> auf der Fahrbahn	<input type="checkbox"/> Gehweg	<input type="checkbox"/> im freien Gelände
War dort gestreut?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wer war streupflichtig?	Name und Anschrift		
Hat es zur Unfallzeit bzw. unmittelbar vorher geregnet oder geschneit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Bei Sportunfall

Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> Betriebssport	<input type="checkbox"/> Vereinssport	<input type="checkbox"/> Berufssport (z.B. Lizenzspieler)
	<input type="checkbox"/> Schulsport	<input type="checkbox"/> privater Sport	
War ein anderer am Unfall beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Name und Anschrift	
	Art der Beteiligung		

Bei häuslichem Unfall

Genaue Unfallstelle	
Sind Sie selbst Haus- und Grundstückseigentümer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein, Name und Anschrift des Eigentümers

Bei Schlägerei – Überfall

Wer hat die Tätigkeit verursacht?	Name und Anschrift
-----------------------------------	--------------------

Bei Unfall durch Tiere

Art des Tieres	
Wer ist der Tierhalter?	Name und Anschrift
Besteht eine Tierhaftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Versicherungsgesellschaft u. Versicherungsschein-Nr

(soweit gewünscht, bitte ankreuzen!)

**Ich bin damit einverstanden, dass dieser Fragebogen als Antrag auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) an die zuständige Stelle weitergeleitet wird, da die Verletzung Folge einer Gewalttat ist.**

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und entbinde die Krankenkasse sowie Ärzte der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.

Bei Rückfragen bin ich unter folgender Telefon-Nr. erreichbar:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(privat) (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Kindern unter 15 J., bitte Unterschrift des Mitglieds)

<b>Wird von der BKK ausgefüllt!</b>	
EA besteht: ( )ja ( ) nein	
Datum: _____ Zeichen: _____ / _____	