

Fragebogen für:

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

Unfall/Verletzung am	Uhrzeit	Unfall-/Verletzungsort, Strasse, Hausnummer	
<b>Art des Unfalls oder Schadensereignis</b>			
<i>Bitte beantworten Sie auch die Zusatzfragen!</i>			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Wegeunfall	<input type="checkbox"/> Schul-/Kindergartenunfall	<input type="checkbox"/> alter Arbeits- / Wegeunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall durch öffentl. Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Sportunfall / Skiunfall	<input type="checkbox"/> Behandlungsfehler
<input type="checkbox"/> Hausunfall	<input type="checkbox"/> Treppenunfall	<input type="checkbox"/> Schlägerei / Überfall	<input type="checkbox"/> Unfall durch Eis- / Schneeglätte
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	<input type="checkbox"/> Unfall bei einer Pflgetätigkeit	<input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere	<input type="checkbox"/> sexuelle Belästigung
<input type="checkbox"/> Selbstschädigung	<input type="checkbox"/> Unerlaubte Handlung	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	
<input type="checkbox"/> Ich verweigere die Angaben, da die Gefahr besteht, dass ich selbst oder eine mir nahestehende Person (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt werde.			
Wie ereignete sich der Unfall/Behandlungsfehler? Bitte unbedingt die Ursache und den Hergang schildern (ggf. auf Zusatzblatt):			
Wer hat den Schaden nach Ihrer Ansicht verschuldet oder verursacht?	Name: _____	Vorname: _____	
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: _____		
	von: _____ 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	

**Zusatzfragen zur Unfallart (nur den betreffenden Abschnitt ausfüllen)**

**Bei Arbeitsunfall – Wegeunfall – Schulunfall – Kindergartenunfall**

Wo ereignete sich der Unfall? (Betrieb, Schule, Lehranstalt, Kindergarten, Kindertagesstätte)	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 einem Betriebs- /Dienstweg	<input type="checkbox"/> auf dem Wege zur/von der Schule/Universität <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?		

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 Pfl egetätigkeit**

Wer wurde gepflegt?	Name, Anschrift
Pflegekasse des Gepflegten	Name, Anschrift

**Bei Unfall durch Eis- oder Schneeglätte**

Genau e 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, Anschrift		
Hat es zur Unfallzeit bzw. unmittelbar vorher geregnet oder geschneit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**Bei Sportunfall /Skiunfall**

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

**Bei Hausunfall/Treppenunfall**

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

**Bei Schlägerei / Überfall**

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

**Bei Unfall durch Tiere**

Art des Tieres	
Wer ist der Tierhalter?	Name, Anschrift
Besteht eine Tierhaftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.

.MEDSGVO.docx

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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