

UNFALLFRAGEBOGEN ZUM EREIGNIS VOM



ANGABEN ZUR PERSON

Name

Geburtsdatum

Versichertennummer

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalltag

Unfalluhrzeit

Art des Unfalls oder Schadensereignis

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Arbeitswegeunfall | <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-/Schneeglätte |
| <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall | <input type="checkbox"/> Unfall bei einer Pflgetätigkeit | <input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere | |

Wie ereignete sich der Unfall?
Bitte unbedingt die Unfallur-
sache und den Unfallhergang
schildern.

Wurde ein Krankentransport
durchgeführt?

- Nein Ja, wenn ja: Name und Anschrift

WER HAT DEN SCHADEN NACH IHRER ANSICHT VERSCHULDET ODER VERURSACHT?

Name

Anschrift

Zeugen

Wurde der Unfall polizeilich
aufgenommen?

- Nein Ja, wenn ja: Polizeidienststelle, Anschrift, Registriernummer

Haben Sie eigene Ansprüche
geltend gemacht?

- Nein Ja, wenn durch einen Rechtsanwalt: Name, Anschrift

ANGABEN ZUR ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Erste Hilfe durch

Weitere Behandlung durch

ANGABEN ZUR ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Erste Hilfe durch

von

bis

ambulant

stationär

Haben Sie eigene Ansprüche geltend gemacht?

Ja

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?

auf direktem Wege zur/von der Arbeit

auf dem Weg zur/von der Schule/Universität

auf dem Weg zum/vom Kindergarten

auf einem Betriebs-/Dienstweg

BEI VERKEHRSUNFALL: ZUR EIGENEN PERSON/ZUM UNFALLBETEILIGTEN

Art des Fahrzeuges

Polizeiliches Kennzeichen

Fahrer beim Unfall
(Name und Anschrift)

Halter des Fahrzeuges
(Name und Anschrift)

Haftpflichtversicherung

Vers.- bzw. Schadensnummer

BEI UNFALL DURCH ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL

Linie, Fahrtrichtung, Verkehrsgesellschaft

Bus

Straßenbahn

Eisenbahn

UNFALL BEI ODER IM ZUSAMMENHANG MIT EINER PFLEGETÄTIGKEIT IM SINNE DES PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZ

Wer wurde gepflegt?
(Name und Anschrift)

Pflegekasse der Gepflegten

BEI UNFALL DURCH EIS- ODER SCHNEEGLÄTTE

Genauere Unfallstelle

auf der Fahrbahn Gehweg im freien Gelände

War dort gestreut?

Ja Nein

Wer war streupflichtig?
(Name und Anschrift)

Hat es zur Unfallzeit bzw. unmittelbar vorher geregnet oder geschneit?

Ja Nein

BEI SPORTUNFALL

Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall?

Betriebssport Schulsport Berufssport (z. B. Lizenzspieler)
 Vereinssport privater Sport

War ein anderer am Unfall beteiligt?

Nein Ja

Art der Beteiligung

BEI HÄUSLICHEM UNFALL

Genauere Unfallstelle

Sind Sie selbst Haus- und Grundstückseigentümer?

Ja Nein, wenn nein, Name und Anschrift des Eigentümers

BEI SCHLÄGEREI - ÜBERFALL

Wer hat die Tötlichkeit verursacht? (Name und Anschrift)

BEI UNFALL DURCH TIERE

Art des Tieres

Wer ist der Tierhalter?
(Name und Anschrift)

Besteht eine Tierhaftpflichtversicherung?

Nein Ja, wenn ja: Vers.-gesellschaft und Versicherungsschein-Nr.

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 Telefonnummer erreichbar.

Datum

Unterschrift

Telefonnummer

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MAHLE erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK MAHLE und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.bkk-mahle.de/datenschutz>) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.