

ARZTBESTÄTIGUNG:

Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Familienname, Vorname, Titel		Geburtsdatum	Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalls)	
Postleitzahl	Ort, Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	tagsüber erreichbar unter		Nebenberuf

Vermerk des behandelnden Arztes

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? Datum, Uhrzeit _____

Wer hat sie geleistet? _____

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose) _____

Arbeitsunfähigkeit völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____
 teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis einschl. _____

War der/die Verletzte im Krankenhaus? ja → Krankenhaus: _____
 nein

Wie lange befand sich der/die Verletzte in stationärer Behandlung? _____

Hat der Unfall bleibende Invaldität zur Folge? ja → Welche? _____
 möglicherweise → _____
 nein

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall

War der/ die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.? ja → Bitte nähere Angaben: _____
 nein _____

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst? ja → In welcher Form? _____
 möglicherweise → _____
 nein

Berichtshonorar überweisen auf Kontonummer _____ Institut/ Bankleitzahl _____

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes _____