

Unfallmeldung

1. DATEN DER VERSICHERTEN (VOM UNFALL BETROFFENEN) PERSON			Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen
Familienname, Titel, Vorname	Geburtsdatum: T M J		
Mitgliedscheinnummer			
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Beschäftigung sowie Dienstgeber/Dienststelle zum Zeitpunkt des Unfalles		derzeitige Beschäftigung sowie Dienstgeber/Dienststelle	

2. ANGABEN ZUM UNFALL			
Unfalldatum T M J	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall oder Arbeitswegunfall <input type="checkbox"/> Nebenerwerb <input type="checkbox"/> Freizeit- oder Sportunfall	
An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?			
Ereignete sich der Unfall während der sportlichen Betätigung im Rahmen der Mitgliedschaft bei einem Verband oder Verein?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sportveranstaltung	Verband/Verein	Kader/Liga/Spielklasse
Ausführliche Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (falls der Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort)			
Haben Sie vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche/wie viele?			
Name und Anschrift des Hausarztes			
Wurde der Vorfall von der Polizei festgehalten?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Adresse der Dienststelle, PLZ Aktenzahl			

3. ANGABEN ZUM UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG			
Name des Lenkers (falls die versicherte Person Kfz-Lenker oder Beifahrer war)	Führerscheinnummer	Ausstellungsdatum	Gruppe(n)
.....			
Daten des Fahrzeuges		Marke	Kfz-Kennzeichen
<input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> anderes:			

4. ANGABEN ÜBER VERSICHERUNGEN	
Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte pflichtversichert?	
<input type="checkbox"/> VAEB <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> GKK <input type="checkbox"/> SVA der Bauern <input type="checkbox"/> VA der gewerblichen Wirtschaft <input type="checkbox"/> andere:	
Bestehen bei anderen Versicherungsanstalten Unfallversicherungen bzw. Lebensversicherungen mit Unfallschutz?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gesellschaft Polizzenummer	

5. ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG		
Familienname, Titel, Vorname des Anspruchstellers	Telefonnummer	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
IBAN	BIC	
Kontoinhaber		
Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen der Unfallmeldung wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen.		
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters	

Hinweis: Bitte die „Zustimmung zur Ermittlung Ihrer Gesundheitsdaten“ auf der Folgeseite ausfüllen und unterschreiben!

6. ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN

Bitte in **BLOCKSCHRIFT** schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen

Sie stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem vorliegenden Versicherungsfall die nachstehenden personenbezogenen Gesundheitsdaten vom behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister ermitteln darf:

Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung; Daten zum Unfallgrund; Daten zur erbrachten Behandlungsleistung; Daten über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer; Daten zur Behandlungsentlassung oder -beendigung.

Die aufgelisteten Daten umfassen die zur Leistungsfallprüfung unerlässlichen Auskünfte Ihres behandelnden Arztes bzw. Gesundheitsdienstleisters über mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen wie auch Daten zur Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und zum Statusblatt, zur Fieberkurve mit Infusionsplan, Blutbefunde, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Anästhesieprotokolle, Verlaufsberichte der pflegerischen Maßnahmen oder Entlassungsberichte sowie gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz- und Behördenprotokolle, wobei im Einzelfall auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann.

Krankenhaus	Krankenhaus	Krankenhaus
Stationärer Aufenthalt* von bis: T M J 2 0 2 0	Stationärer Aufenthalt* von bis: T M J 2 0 2 0	Stationärer Aufenthalt* von bis: T M J 2 0 2 0
Ambulante Behandlung von bis: T M J 2 0 2 0	Ambulante Behandlung von bis: T M J 2 0 2 0	Ambulante Behandlung von bis: T M J 2 0 2 0
Ärzte der Nachbehandlung		
Sie entbinden den behandelnden Arzt bzw. Gesundheitsdienstleister im Ausmaß dieser Zustimmungserklärung von der ärztlichen und von sonstigen beruflichen Schweigepflichten. Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass dem Versicherer sämtliche der oben angeführten Daten von Ihnen selbst zu übermitteln wären. Der Versicherer behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Leistungsfallprüfung nicht vornehmen.		
Ort, Datum		Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters
*Stationärer Aufenthalt: bei Leistungsanspruch ist die Beibringung einer Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose erforderlich		

Arztbericht (darf ausschließlich vom Arzt ausgefüllt werden)

1. GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

Hatte der Verletzte bereits vor dem Unfall gesundheitliche Behinderungen (z.B. Verlust/Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, Wirbelsäulenleiden, Epilepsie, Diabetes) bzw. sind Alkohol- oder sonstige Suchtkrankheiten bekannt?

nein ja, welche:

2. DIAGNOSE(N)

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung zu umseitig angeführtem Vorfall bekannt

3. URSACHE DER ANGEFÜHRTEN GESUNDHEITSSCHÄDIGUNG(EN)

Entstand die Verletzung ursächlich durch den Unfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Haben andere Ursachen den Unfall beeinflusst (z.B. gesundheitliche Behinderungen, Alkohol-/Drogeneinfluss)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
---	---

4. ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum T M J 2 0	Uhrzeit 	Wer hat sie geleistet:
<input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt von bis: T M J 2 0 2 0		Name und Anschrift des Krankenhauses
<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung von bis: T M J 2 0 2 0		Name und Anschrift des Krankenhauses

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

5. BERUFSBEHINDERUNG

Ordnungsgemäße Krankmeldung bei der Pflichtkrankenkasse T M J:	von		bis		arbeitsfähig ab
		2 0		2 0	2 0

6. UNFALLFOLGEN

Hat der Unfall eine bleibende Invaldität zur Folge?

nein ja, welche:

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------