

## Unfallmeldung

Abrechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Anspruchsteller (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)

### Daten der versicherten (vom Unfall betroffenen) Person

Mitgliedsschein-Nr. Familienname und Vorname des Versicherten Geburtsdatum

PLZ Ort Straße, Hausnummer

Beschäftigung sowie Dienstgeber/Dienststelle zum Zeitpunkt des Unfalles derzeitige Beschäftigung sowie Dienstgeber/Dienststelle

### Angaben zum Unfall

Unfalldatum Uhrzeit  Arbeits- oder Arbeitswegunfall  Nebenerwerb  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 Mitgliederschaft bei einem Verband oder Verein?

ja Sportveranstaltung Verband/Verein Kader/Liga/Spielklasse  
 nein

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?

ja Welche/Wieviele?  nein

Name und Anschrift des Hausarztes

Wurde der Vorfall von der Polizei festgehalten?

ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl  
 nein

Wurde Anzeige erstattet?

ja Name des Beschuldigten Aktenzahl  
 nein

### 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

PKW  LKW  Motorrad  Moped  anderes (welches)

### Angaben über Versicherungen

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte pflichtversichert?

VAEB  BVA  \_\_\_\_\_ GKK  VA der gewerbl. Wirtschaft  SVA der Bauern  andere (Name)

Bestehen bei anderen Versicherungsanstalten Unfallversicherungen bzw. Lebensversicherungen mit Unfallschutz?

ja Gesellschaft Polizzennummer  nein

### Überweisung der Versicherungsleistung

Geldinstitut, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber

ankreuzen



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN! Zutreffendes bitte

## Einsichtsermächtigungserklärung

Hiermit ermächtige ich Sie, in die komplette Krankengeschichte bzw. in das Ambulanzprotokoll des unten angeführten Krankenhauses und der behandelnden Ärzte sowie in alle, diesen Vorfall betreffenden Akte bei der Behörde, bei Gericht, bei der Sozialversicherung und bei sonstigen Versicherern Einsicht zu nehmen. Weiters bin ich mit der Herausgabe von Blutbefunden einverstanden.

Krankenhaus:

stationärer Aufenthalt von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

ambulante Behandlung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Ärzte der Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

Diese Zustimmungserklärung und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht kann vom Antragsteller und den versicherten Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen der umseitigen 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 Antragstellers

## Arztbericht

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen

### 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?

ja Welche?

nein

### Diagnose

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

### Ursache der umseitig angeführten Verletzung

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall?

ja  nein

Haben andere Ursachen den Unfall mitverursacht (z.B. gesundheitl. Behinderungen, Alkohol-/Drogeneinfluss)?

ja Welche?

nein

### Erste ärztliche Hilfe und weitere ärztliche Behandlungen

Wann wurde erstmalig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum Uhrzeit Wer hat sie geleistet?

Name und Anschrift des Krankenhauses (bei Leistungsanspruch ist die Beibringung einer Aufenthaltsbestätigung mit Diagnose erforderlich)

stationär von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  ambulant von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

### Berufsbehinderung

Ordnungsgemäße Krankmeldung bei der Pflichtkrankenkasse:

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ arbeitsfähig ab: \_\_\_\_\_

(darf ausschließlich vom Arzt ausgefüllt werden)

### Unfallfolgen

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja  nein

Welche?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes