

Unfallmeldung

Abrechnungs-Nr.: _____

Anspruchsteller (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)

Daten der versicherten (vom Unfall betroffenen) Person

Mitgliedschein-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 Mitgliedschaft 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
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> anderes (welches) _____			

Angaben über Versicherungen

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte pflichtversichert?

VAE BVA GGK VA der gewerbl. Wirtschaft SVA der Bauern andere (Name) _____

Bestehen bei anderen Versicherungsanstalten Unfallversicherungen bzw. Lebensversicherungen mit Unfallschutz?

ja Gesellschaft _____ Polizznummer _____ nein

Überweisung der Versicherungsleistung

Geldinstitut, Bankleitzahl, Kontonummer, Kontoinhaber

ankreuzen

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN! Zutreffendes bitte ankreuzen

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?

Welche?

ja nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes