

VERLETZTENFRAGEBOGEN

Name des Verletzten: _____

Geb.Dat.: _____ Tel.-Nr. _____

Bankverbindung: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____selbständig? ja nein

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Rechtsschutzversicherung: _____

VS-Nr.: _____

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Im Krankenhaus _____ von _____ bis _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Arbeitsunfähig von _____ bis _____

Berufsunfall oder
Arbeitswegeunfall? _____

Kleiderschaden: _____

Sonstiger Schaden: _____
