

Arbeitsbogen zum Personenschaden

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden/übergeben uns diesen, um uns einen ersten Überblick zu dem Sachverhalt zu geben und die zügige Bearbeitung Ihres Verkehrsunfalls zu gewährleisten. Die von Ihnen angegebenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung dieses Mandats gespeichert und an den gegnerischen Versicherer oder an die mit der Schadenabwicklung zuständigen Stellen weitergegeben.

Angaben zur verletzten Person:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Familienstand: [] ledig [] verheiratet [] verpartnernt

Zahl der unterhaltpflichtigen Kinder im Haushalt: _____

Ärztliche Erstbehandlung: ggf.: Daten aus beil. Bericht ersichtlich []

Klinik/Arzt: _____

Adresse: _____

Verletzungen: _____

Ärztliche Folgebehandlung (insb. "Hausarzt"): ggf.: Daten aus beil. Arztbericht ersichtlich []

Klinik/Arzt: _____

Klinik/Arzt: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Weiter verbleibende Beschwerden: _____

Arbeitsunfähigkeit: _____ Wochen; seit _____ ärztlich attestiert [] Ja [] Nein

Versicherung/Berufsgenossenschaft:

Besteht eine Krankenversicherung? [] Ja (gesetzlich) [] Ja (Privat) [] Nein

Krankenversicherer: _____

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? [] Ja [] Nein

Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft: _____