

## 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 ☐ verpartnert

Zahl der unterhaltspflichtigen 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_