



ÄRZTLICHER BERICHT (des behandelnden Arztes)

Name und Geb.Datum der verletzten Person: _____

Polizze Nummer: _____ Schaden Nummer: _____

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden? (Datum, Uhrzeit) _____

Wer hat sie geleistet? _____

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung
über die Art der Verletzung (Diagnose in Deutsch): _____

Arbeitsunfähigkeit: ☐ völlige 100%ige Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____
☐ teilweise Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____

War der/die verletzte Person im Krankenhaus: ☐ JA ☐ NEIN

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Krankenhaus: _____ von _____ bis _____

Hat der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge?

☐ JA welche: _____

☐ MÖGLICHERWEISE welche: _____

☐ NEIN

Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall:

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z.B. alte Verletzungen oder Degenerationen (Bänder, Kapseln, Knorpel, Sehnen, Meniski usw.)?

Sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkungen, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

☐ JA ☐ NEIN wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

☐ JA ☐ NEIN wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

Erforderliche ÜBERWEISUNGSDATEN:
IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--

(IBAN für Inlandsüberweisung = 20 Stellen – bitte jeweils 4 Stellen eintragen)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes