

Fragebogen Personenschaden

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig: ja/nein

Mtl. Nettoeinkommen _____ EUR (Bitte aktuelle Verdienstabrechnung/BWA beifügen)

Name des Arbeitgebers/Dienstherrn: _____

Anschrift des Arbeitgebers/Dienstherrn: _____ Tel.: _____

Unfallbedingte Verdiensteinbußen: _____ EUR netto/mtl.

Unfallbedingtes Verletztengeld: _____ EUR netto/mtl. (Bitte Bescheid beifügen)

Unfallbedingtes Krankengeld: _____ EUR netto/mtl. (Bitte Bescheid beifügen)

Unfallbedingte EU-/EM-Rente: _____ EUR netto/mtl. (Bitte Bescheid beifügen)

Art und Umfang der Verletzungen: _____

Welche Beschwerden ergeben sich hieraus? _____

Werden voraussichtlich Dauerschäden verbleiben (wenn ja, welche)? _____

Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis (voraussichtlich) _____ (Bitte AU-Bescheinigungen beifügen)

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

_____ (Bitte Entlassungsbericht und/oder Liegebescheinigung beifügen)

Ambulant behandelnde Ärzte (mit vollständiger Anschrift): _____

REHA vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift der REHA-Einrichtung: _____

Physiotherapie vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift der Physiotherapie-Einrichtung: _____

Verordnete Medikamente: _____

Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln: _____ insges. EUR (Bitte Belege beifügen)

Krankenkasse (Name, Anschrift und Vers.-Nr.): _____

Private Krankenvers. (Name, Anschrift, Vers.nehmer und Vers.schein-Nr.): _____

Bitte melden Sie den Schadensfall unverzüglich der Versicherung und beachten Sie in Versicherungsbedingungen etwaig enthaltene Fristen.

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von/zur Arbeit: ja/nein Berufs-/Dienstunfall: ja/nein

Name und Anschrift der zuständigen BG: _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja/nein... (bei folgender Anstalt):

Ver.-Nr.: _____

Besteht für Verletzten eine private Unfallversicherung (Name, Anschrift, Vers.nehmer und Vers.schein-Nr.):

Bitte melden Sie den Schadensfall unverzüglich der Versicherung und beachten Sie die in den Versicherungsbedingungen enthaltenen Fristen für den Eintritt der Invalidität, die Geltendmachung der Invalidität und die ärztliche Invaliditätsfeststellung.

Besteht für Verletzten eine private Berufsunfähigkeitsversicherung (Name, Anschrift, Vers.nehmer und Vers.schein-Nr.): _____

Bitte melden Sie den Schadensfall unverzüglich der Versicherung und beachten Sie in Versicherungsbedingungen etwaig enthaltene Fristen.

Wurde bereits eine Schwerbeschädigung beantragt oder gewährt: ja/nein (Bitte Antrag/Bescheid beifügen)

Unfallbedingte Fahrtkosten: _____ EUR

(Bitte Aufstellung mit jeder Fahrt, Datum und jeweiliger Entfernung hin und zurück in km beifügen)

Angaben zum Haushalt: EFH/Wohnung; Grundstücksfläche _____ qm; Wohnfläche _____ qm;

Anzahl der Räume: ____; Anzahl im Haushalt lebender Personen: ____; Haustiere: _____

Eigene Tätigkeiten im Haushalt **vor** dem Unfall mit durchschnittlichem täglichen Zeitaufwand in h/min _____

Einschränkungen im Haushalt **nach** dem Unfall mit durchschnittlichem täglichen Zeitaufwand in h/min
(chronologisch gestaffelt nach Heilungsfortschritt) _____

Unfallbedingte vermehrte Bedürfnisse (Umbaukosten, Hilfs- und Heilmittel etc.): _____

_____, den _____

(Unterschrift)