

**UNFALLSMELDUNG** Wir ersuchen Sie, die Fragen vollständig zu beantworten.

erstattet durch (Name, Anschrift)	Telefonnummer
-----------------------------------	---------------

**DATEN DER VERSICHERTEN PERSON**

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte  ankreuzen.

Polizzenummer	Name der verletzten Person	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	E-Mail-Adresse

**ANGABEN ZUM UNFALL**

Unfallsdatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall	Ist die/der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?	welche Kasse?
		<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?				
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls				
Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!				
Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes				

**ANGABEN ÜBER ANDERE bestehende oder beantragte Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen**

Bestehen oder bestanden Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vertragsart	Name der Gesellschaft	Polizzenummer
Sind Sie Mitglied in einem Sport- oder Alpenverein oder haben Sie eine Kreditkarte mit Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche	

**UNFALL MIT DEM KRAFTFAHRZEUG**

Name der Lenkerin/des Lenkers	Führerscheinnummer	Ausstellungstag	Gruppe
Der Tatbestand wurde von der Polizei aufgenommen	Anzeige wurde erstattet		
<input type="checkbox"/> ja Adresse der Dienststelle, Postleitzahl	<input type="checkbox"/> ja	Name der/des Beschuldigten	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein		
Daten des Fahrzeuges	Marke	Kennzeichen	Fahrgestellnummer
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped			
Anzahl der Personen – einschließlich der Lenkerin/des Lenkers – im versicherten Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls	Waren Personen angegurtet? Namen der angegurteten Personen		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

**ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG**

<input type="checkbox"/> an Bank oder Sparkasse	Name des Geldinstitutes, IBAN, BIC, KontoinhaberIn
<input type="checkbox"/> an die Adresse	
<b>ACHTUNG!</b>	
Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt.	

Ort, Datum	Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. Unterschrift der/des Versicherten bzw. der Anspruchstellerin/des Anspruchstellers
------------	---

55ME201/S (17.08)

bitte wenden!

**ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN**

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. <span style="float: right;">erkläre ich mich einverstanden, dass der Wiener Städtischen die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e), Gutachten von allfälligen Nebenversicherungen sowie Laboruntersuchungen (Blutbefunde) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.</span>	
Ort, Datum	Unterschrift: versicherte Person
Anschrift und Geburtsdatum der/des Versicherten	

# VERMERKE DER/DES BEHANDELNDEN ÄRZTIN/ARZTES

## DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte  ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

## GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War die/der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?  
(z. B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

## URSACHE DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall?	andere Ursachen (z. B. vorhandene Krankheiten)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?	welche?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?	welche?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses	Art der Behandlung	von	bis
	<input type="checkbox"/> ambulant		
	<input type="checkbox"/> stationär		

## BERUFSBEHINDERUNG

Darf die/der Verletzte das Zimmer verlassen?	Haben Sie der/dem Verletzten Bettruhe verordnet?	Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist die/der Verletzte aufgrund des Unfalls in ihrer/seiner Beschäftigung behindert?		
<input type="checkbox"/> vollkommen      wie lange?		<input type="checkbox"/> teilweise wie lange?
(z. B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)		

## ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	Wer hat sie geleistet?
Datum      Uhrzeit	
Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?	
Ort, Datum	Unterschrift: behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt