

Unfallfragebogen zur Erkrankung/Verordnung			vom
Vorname		Name	
Versicherungsnummer		Unfallfragebogennummer	
Wo und wann ereignete sich der Unfall?			
Unfalltag		Unfallzeit	Unfallort
<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> ehrenamtliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Weg zur/von der Arbeit	<input type="checkbox"/> während der Reha
<input type="checkbox"/> Weg zur/von der Reha	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Weg zum/vom Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Schule oder Studium
<input type="checkbox"/> Weg zur/von Schule/Studium	<input type="checkbox"/> im Kindergarten	<input type="checkbox"/> Weg zum/vom Kindergarten	<input type="checkbox"/> im Pflegeheim
Schildern Sie bitte ausführlich den Hergang sowie die Ursache der Erkrankung/Verletzung.			
Wer hat das Ereignis beobachtet?			
Name des Zeugen			
Anschrift			
Wurde das Ereignis polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anschrift der Polizeidienststelle			
Aktenzeichen			
Wurde ein Rechtsanwalt eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Name/ Anschrift			
Bei welcher Gelegenheit wurden Sie verletzt? Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen.			
<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall		
<input type="checkbox"/>	Häuslicher Unfall		
Wurde der Unfall durch eine andere Person verschuldet?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Person ist mir	<input type="checkbox"/> bekannt (Name/Anschrift)		
	<input type="checkbox"/> unbekannt		
<input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall		
Als was waren Sie am Unfall beteiligt?			
<input type="checkbox"/> Fußgänger	<input type="checkbox"/> Radfahrer	<input type="checkbox"/> Fahrgast in einem öffentlichen Verkehrsmittel	
<input type="checkbox"/> Kfz-Führer	<input type="checkbox"/> Kfz-Insasse		
Kfz-Kennzeichen			
Fahrer (Name/Anschrift)			
Fahrzeughalter	<input type="checkbox"/> bin ich	<input type="checkbox"/> andere Person	
Name /Anschrift (Angabe nur bei abweichendem Fahrzeughalter notwendig)			
Zum Unfallgegner			
<input type="checkbox"/> Fußgänger	<input type="checkbox"/> Radfahrer	<input type="checkbox"/> Fahrgast in einem öffentlichen Verkehrsmittel	
<input type="checkbox"/> Kfz-Führer	<input type="checkbox"/> Kfz-Insasse in meinem Kfz		
Vorname		Name	
Angaben zum Fahrzeughalter/Fahrzeug			
Fahrzeugart		Kfz-Kennzeichen	
Versicherungsname		Versicherungssitz	
Schadensnummer			
Fahrzeughalter ist			
<input type="checkbox"/> identischer Fahrer	<input type="checkbox"/> unbekannt		
<input type="checkbox"/> bekannt (Name/Anschrift)			



Schlägerei/Überfall

Wer hat Sie überfallen/geschlagen?

bekannt (Name/Anschrift) _____

unbekannt

Schadhafte Sache

Mangel

ungesicherte Baustelle

schadhafte Sache

Unebenheit des Gehwegs/der Treppe

fehlender Handlauf

beschädigte Treppe

Sonstiges

Eigentümer

ich

andere Person

Person ist mir

bekannt (Name/Anschrift) _____

unbekannt

Eis/Schnee/Glätte

Wetterverhältnisse

Schneefall

Glatteis

Tauwetter

Regen

Streupflichtige Person

ich

andere Person

Person ist mir

bekannt (Name/Anschrift) _____

unbekannt

Unfallstelle war

geräumt

nicht geräumt

gestreut

nicht gestreut

Tierunfall

Durch welches Tier sind Sie zu Schaden gekommen?

Hund

Katze

Pferd

Insekt

andere Tierart

Die Verletzung wurde verursacht durch

ein fremdes Tier

eigenes Tier (externe Einflüsse) **Beispiel:** Eigener Hund wird von einem anderen Hund angegangen und beißt mich. **Bitte weitere Angaben im freien Feld auf Seite 1 machen.**

eigenes Tier (keine weiteren Angaben notwendig)

Name/Anschrift des Tierhalters _____

Haftpflichtversicherung des Tierhalters
(Name/Anschrift/Versicherungsnummer) _____

Behandlungsfehler

Wer hat den Behandlungsfehler verschuldet?

Behandler ist mir

bekannt (Name/Anschrift) _____

unbekannt

Sportunfall

Wurde der Unfall durch eine grobe Fahrlässigkeit oder einen Regelverstoß verursacht?

nein

ja (Bitte ausführliche Angaben zum Hergang im freien Feld auf Seite 1 machen.)

Verursacher des Unfalls

Vorname _____

Name _____

Anschrift _____

Sonstiger Unfall

Wer hat den Unfall verschuldet?

Person ist mir

bekannt (Name/Anschrift) _____

unbekannt

Gibt es weitere Verletzte, die bei der Salus BKK versichert sind?

ja

nein

Zusätzliche Dokumente

beigelegt

werden nachgesendet

sind bereits vorhanden

liegen nicht vor

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich entbinde die Krankenkasse sowie die Ärzte und Pflegekräfte von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.

Datum

Telefon (Angabe freiwillige)

Unterschrift