

Personenschaden:

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Geburtsdatum _____ Familienstand: _____ Zahl u. Alter der Kinder _____

Beruf: _____ Selbständig: ☐ Ja ☐ Nein

Sicherheitsgurt angelegt? Mandant ☐ Ja ☐ Nein Sturzhelm getragen? Mandant ☐ Ja ☐ Nein

Gegner ☐ Ja ☐ Nein

Gegner ☐ Ja ☐ Nein

Arbeitsunfähig von _____ bis (voraussichtlich) _____

Krankenhausaufenthalt von _____ bis (voraussichtlich) _____

Krankenhaus: _____

Hausarzt:

sonst. behandelnde Ärzte: _____

Krankenkasse: _____

☐ Berufsunfall

☐ Wegeunfall

Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

Verletzungen: _____

etwaige Dauerschäden: _____