

Schadensnummer

UNFALLSMELDUNG – GÖD

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 95 H 292.800-5	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 der/die 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 des/der behandelnden Arztes/Ärztin				

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 des Lenkers/der Lenkerin	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 des/der 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 des Lenkers/der Lenkerin – 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"/> auf mein Konto, IBAN _____ BIC _____
bei der Bank/Sparkasse _____

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

58ME201/GÖD (13.11)

bitte wenden!

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolizze Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, dass der Wiener Städtischen die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) sowie Laboruntersuchungen (Blutbefunde) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, dass Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.	
Ort, Datum	Unterschrift: versicherte Person

VERMERKE DES/DER BEHANDELNDEN ARZTES/ÄRZTIN

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 der/die 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 der/die Verletzte das Zimmer verlassen?	Haben Sie dem/der 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 der/die Verletzte aufgrund des Unfalls in seiner/ihrer 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: behandelndeR Ärztin/Arzt	