

VERSICHERUNGSANSTALT:

Polizzenummer: Schadensnummer:

Versicherungsnehmer

Titel: Plz: Ort:

Name: Straße:

Vorname: Geb.Dat.: Beruf:

Verletzte (versicherte) Person

Titel: Plz: Ort:

Name: Straße:

Vorname: Geb.Dat.: Beruf:

Angaben des behandelnden Arztes

Schlußdiagnose (gegebenenfalls Beiblatt oder Rückseite mit Unterschrift und Stempel verwenden)

Ist der Heilverlauf durch anderweitige Leiden oder Gebrechen beeinflusst worden ?

Ja Nein Wenn **JA** welche und Ausmaß:

Wie lange befand sich der Verletzte wegen Unfalles ?

in stationärer Behandlung: vom bis einschl.

in welchem Krankenhaus:

Arbeitsunfähigkeit:

völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit vom bis einschl.

teilweise Arbeitsunfähigkeit vom bis einschl. Arbeitsunfähigkeit in %

Wurde die Behandlung endgültig abgeschlossen ?

Ja Nein Wann: Wenn **NEIN** voraussichtlicher Zeitpunkt?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge (gegebenenfalls Beiblatt oder Rückseite mit Unterschrift und Stempel verwenden) ?

Ja Nein möglicherweise Wenn ja, bitte Beschreibung von Art und Umfang derselben:

Wäre durch eine besondere Heilbehandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des/der Verletzten zu erreichen?

Ja Nein Welche:

Honorar überweisen auf KontoNr:BLZ:Bankverbindung :.....

.....
Ort, Datum Unterschrift

.....
Stempel /Unterschrift des behandelnden Arztes

Zur Beachtung:

Der Ersteller / Autor dieses Dokumentes übernimmt keine wie immer geartete Haftung für die Richtigkeit, die Ausfertigung, Unterzeichnung oder sonstige in diesem Formular gemachten Angaben.