

Bei Ansprüchen wegen **Personenschäden**

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ selbstständig: ja  nein  Monatliches Nettoeinkommen \_\_\_\_\_ EUR  
(Bescheinigung beifügen)

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? ja  nein

von wem? \_\_\_\_\_ mtl. \_\_\_\_\_ EUR  
(Name, Anschrift)

**Art und Umfang der Verletzungen**

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnder 1. Arzt: \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ambulant behandelnder 2. Arzt: \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben ja  nein  vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit ja  nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ja  nein

Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

Der Verletzte ist damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen

Gutachten und Auskünfte erteilen ja  nein

**Neutrale Ansprüche:**

Gegen wen und welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Rechnungen und sonstige Belege sind beizufügen)

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ (Unterschrift des Antragstellers) \_\_\_\_\_