



Fragebogen Unfall / Verletzung

→ Bitte verwenden Sie für jeden Unfall / jede Verletzung einen eigenen Fragebogen!

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. Welche Körperteile / Organe sind / waren betroffen?

a) _____

b) Rechts Links Rechts und links

2. Wie lautet die Diagnose?

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

a) Wann war der Unfall / die Verletzung? ____ . ____

b) Was war die Ursache?

c) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?

d) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden: ____ . ____

4. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihren Behandlungen / Therapien mit:
Welche? Wann? Wie häufig? Behandlungsdauer?

Keine Behandlung

Operationen: _____

Kuren / Rehas: _____

Physiotherapien: _____

Medikamente: _____

Sonstige: _____

Bitte reichen
Sie uns die
Berichte ein!

5. Bestehen Folgen / Bewegungseinschränkungen?

Nein

Ja

Bitte machen Sie näheren Angaben: Welche? Wann? Wie häufig?

6. Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

Nein

Ja, von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

7. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen dieser Beschwerden behandelt?

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

**Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor?
Bitte reichen Sie uns diese ein.**

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Versichernden