



Kunden-Center GRAZ, Nelkengasse 2 (Premstätterstraße 79), 8054 Pirka bei Graz  
Tel. 0316/850 851 - 0 / Fax DW4, E-mail: office@fair-gmbh.at, www.fair-gmbh.at

Zutreffendes bitte ankreuzen!

## Unfallmeldung

Vertrag Nr.:

Name des Verletzten:  
Titel, Vorname, Familienname

Geburtsdatum:

Straße, Nr., PLZ, Ort:

Tel.Nr.:

Beruf/dzt. Tätigkeit:

### Angaben zum Unfall

Unfalldatum:

An welchem Ort bzw. in welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?

Uhrzeit:

Verkehrsunfall:  als Lenker, Führerschein Nr.: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

als Beifahrer \_\_\_\_\_ Liegt Ihrer Meinung Fremdverschulden vor?  ja  nein

Arbeitsunfall:  Freizeitunfall \_\_\_\_\_

Ereignete sich der Unfall bei einer Sportart aus der Sie Einkommen beziehen?  ja  nein

Ereignete sich der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder Drogen?  ja  nein

Wurde der Unfall von einer amtlichen Stelle aufgenommen (Polizei, Gericht)?  ja  nein Von welcher? \_\_\_\_\_

Bitte schildern Sie den genauen Hergang des Unfalls (Falls dieser Platz nicht ausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!):

### Ärztliche Hilfeleistung **Bitte ggf. Spitalsaufenthaltsbestätigungen beilegen!**

Durch wen wurde ärztliche Hilfe geleistet?

Wann?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Ambulante Behandlung im Krankenhaus:

von

bis

Stationäre Behandlung im Krankenhaus:

von

bis

### Personenbezogene Angaben

Bei welcher Krankenkasse sind Sie pflichtversichert?

Wurde eine Invaliditätspension beantragt?  ja  nein

Bei welchem Sozialversicherungsträger?

Bestehen bei anderen Gesellschaften (Art/Anstalt),  
Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen?  ja  nein

Sind Sie arbeitslos?  ja  nein Sind Sie in Pension?  ja  nein

Wenn ja, seit wann?

Sind Sie tagsüber erreichbar? Tel-Nr./Fax-Nr.:

### Überweisung der Versicherungsleistung

Überweisung auf Girokonto lautend auf

Geldinstitut Bankleitzahl Konto-Nummer

Postanweisung (Gebühren für Postanweisungen gehen zu Lasten des Empfängers!)

### Erklärung

Ich ermächtige  die Ärzte und Krankenanstalten, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem Versicherer über meine Gesundheitsverhältnisse Auskünfte zu erteilen und Krankenberichte zu überlassen, sowie  den Versicherer, Einsicht in alle diesen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht usw.) zu nehmen.

**Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.**

Ort und Datum

Berater

Unterschrift des Versicherten bzw. Anspruchstellers

# Bericht des behandelnden Arztes

Bitte um ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Wann haben Sie den Verletzten erstmals wegen des Unfalles behandelt ?

2. Art der Verletzung (bitte möglichst genau beschreiben)

3. Ist die Verletzung unzweifelhaft, unmittelbar und ausschließlich durch diesen Unfall verursacht worden ?

4. Haben Umstände mitgewirkt, die zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen beigetragen haben ?

ja  nein Wenn ja, welche ?

5. War der Verletzte vor dem Unfall körperlich oder geistig gebrechlich oder mit einer Erkrankung behaftet ?

ja  nein Wenn ja, welche ?

6. Sind Ihnen frühere Unfälle bekannt?

ja  nein Wenn ja, Zeitpunkt, Verletzung, welche Folgen?

7. War der Verletzte vor diesem Unfall bereits Invalide ?

ja  nein Wenn ja, %, Grund:

8. Wird der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge haben?

ja  nein In welchem Ausmaß? %

9. Ist die Behandlung abgeschlossen ?  ja  nein

10. War / Ist der Verletzte zur Behandlung in einem Krankenhaus? In welchem?

stationär: von bis

ambulant: von bis

11. Von wann bis wann war/ist der Verletzte arbeitsunfähig ?

Vollständig (100%) von bis

Teilweise von von bis

wieder arbeitsfähig ab:

12. War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt alkoholisiert ?  ja  nein Promilleangabe:

13. Wurde der Unfall durch eine Bewusstseinsstörung verursacht ?  ja  nein

14. Sonstige Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes