

IKK Südwest
Postfach
66098 Saarbrücken

**Bitte umgehend ausfüllen
und zurücksenden**

Unfallfragebogen

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

KV-Nr.: _____

Beantragte Leistung: _____

Telefonnummer: _____

Allgemeine Angaben

Wann und wo ereignete sich der Schaden?

Schadenstag: _____ Uhrzeit: _____

Schadensort, Straße, Haus-Nr.: _____

Art des Schadens (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Sportunfall | <input type="checkbox"/> Pflegeunfall |
| <input type="checkbox"/> Schul-/Kindergartenunfall | <input type="checkbox"/> Unfall durch Eis- oder Schneeglätte | <input type="checkbox"/> Unfall im Alten-/Pfleheim |
| <input type="checkbox"/> Wegeunfall von/zur Arbeitsstelle | <input type="checkbox"/> Schlägerei/Überfall | <input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere |
| <input type="checkbox"/> Unfall auf privatem Weg | <input type="checkbox"/> Treppenunfall | <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall | | |

Kurze Schilderung des Schadensereignisses (Unfallhergang)

Bitte nutzen Sie evtl. ein zusätzliches Blatt und fertigen Sie ggf. eine Skizze an.

Folgende Verletzungen sind entstanden (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen.)

Körperteil		Körperteil	
<input type="checkbox"/> Knochenbruch	_____	<input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung	_____
<input type="checkbox"/> Zerrung/Riss	_____	<input type="checkbox"/> Schürfwunde	_____
<input type="checkbox"/> Stauchung	_____	<input type="checkbox"/> Platzwunde	_____
<input type="checkbox"/> Prellung	_____	<input type="checkbox"/> Schnittwunde	_____
<input type="checkbox"/> Quetschung	_____	<input type="checkbox"/> Stichwunde	_____
<input type="checkbox"/> Verrenkung	_____	<input type="checkbox"/> Verbrennung/Ätzung	_____
<input type="checkbox"/> Zahnschaden	_____	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____

Sind noch weitere Behandlungen erforderlich?

- Ja
- Nein

Wer hat den Schaden nach Ihrer Ansicht verschuldet oder verursacht?

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Werden Sie anwaltlich vertreten? Wenn ja, von wem?

Name des Rechtsbeistandes: _____

Anschrift: _____

Wer sind die Zeugen dieses Unfalls?

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten

Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?

- Nein
- Ja

Name der Polizeidienststelle: _____

Anschrift der Polizeidienststelle: _____

Wegeunfall

Auf welchem Weg ereignete sich der Unfall?

- Auf direktem Weg zur/von der Arbeitsstelle (Betrieb, Pflegehaushalt) Auf dem Weg zur/von der Schule usw.
- Auf einem Betriebs-, Dienstweg

Verkehrsunfall

Am Unfall beteiligt als:

- Fußgänger Autofahrer Mitfahrer Motorradfahrer Radfahrer

Kraftfahrzeugunfall

	Eigene Person		Unfallbeteiligter	
Art des Fahrzeuges				
Polizeiliches Kennzeichen				
Fahrer im Augenblick des Unfalls (Name und vollständige Anschrift)				
Halter des Fahrzeuges (Name und vollständige Anschrift)				
Versicherungsnehmer der Haftpflichtversicherung				
Vollständige Anschrift der Haftpflichtversicherung				
Versicherungs- bzw. Schadensnummer				
War(en) der/die Verletzte(n) im Unfallzeitpunkt angeschnallt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lag Trunkenheit vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Unfälle, an denen Tiere beteiligt waren

Um welches Tier handelte es sich?

Wer ist der Tierhalter?

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Wer beaufsichtigte das Tier zur Unfallzeit?

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Treppenunfall (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen.)

- Innentreppe Außentreppe

Wie war die Beschaffenheit der Treppe?

- Einwandfrei Ohne Geländer Mehr als 5 Stufen
- Ausgetretene Stufen Mangelhafte Beleuchtung

Wer ist der Hauseigentümer?

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Krankenkasse sowie die behandelnden Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift