

Schadensnummer

## UNFALLSMELDUNG

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)

### DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen

Polizzenummer	Name des Verletzten	Geburtsdatum	E-Mail (unbedingt erforderlich)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Telefonnummer (unbedingt erforderlich)
derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber		
<b>Bei welchem Verein waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalls gemeldet?</b>			

### ANGABEN ZUM UNFALL

Unfallsdatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall
<input type="checkbox"/> Freizeitunfall		
An welchem Ort bzw. welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?		
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls		
Falls dieser Platz nichtausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!		
Name und Anschrift des behandelnden Arztes		

### ANGABEN ÜBER VERSICHERUNGEN

Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse?	welche Kassa?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Private Krankenversicherung	Gesellschaft	Polizzenummer
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Unfallversicherung bzw. Lebensversicherung	Gesellschaft	Polizzenummer
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### VOM VERLETZTEN SPIELER AUSZUFÜLLEN

<b>DIE ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG IST WIE FOLGT VORZUNEHMEN:</b> Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer des <u>verletzten Spielers</u> <input type="checkbox"/> an die Bank oder Sparkasse <input type="checkbox"/> an die Adresse
<b>ACHTUNG!</b> Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt Ort, Datum, Vereinsstampiglie
<b>Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.</b> <b>UNTERSCHRIFT DES VERLETZTEN SPIELERS</b>

### ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl	
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, daß der WIENER STÄDTISCHEN Allgemeinen Versicherung Aktiengesellschaft die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, daß Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.		
Ort, Datum	Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	Unterschrift des Versicherten

# VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

## DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Frage ausführlich! Zutreffendes bitte  ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung
--

## GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, usw.)
---

## URSACHEN DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	^	Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)
Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses	Art der Behandlung	von	bis
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		

## BERUFSBEHINDERUNG

Darf der Verletzte das Zimmer verlassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie dem Verletzten Bettruhe verordnet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?
Ist der Verletzte aufgrund eines Unfalls in seiner Beschäftigung behindert? <b>vollkommen</b> wie lange?		<b>teilweise</b> wie lange?
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> (z.B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)

## ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum	Uhrzeit	Wer hat sie geleistet?
Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?		
Ort, Datum	Unterschrift des behandelnden Arztes	