

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie hatten einen Arbeitsunfall / Wegeunfall. Zur Unfallbearbeitung benötigen wir folgende Angaben von Ihnen:

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Unfallaufnahme

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unfalltag: _____

Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Beginn der Arbeitszeit am Unfalltag: _____

Normale Feierabendzeit am Unfalltag: _____

Name des Unfallbetriebes: _____

Straße des Unfallbetriebes: _____

PLZ und Ort des Unfallbetriebes: _____

Beruf / beschäftigt als: _____

seit wann beschäftigt: _____

Arbeit fortgesetzt:

ja	nein
----	------

Berufsgenossenschaft: _____

Nur bei einem Wegeunfall !

Weg zur Arbeit fortgesetzt:

ja	nein
----	------

Weg nach Hause fortgesetzt:

ja	nein
----	------

Wurde wegen des Unfalls bereits ein anderer Arzt aufgesucht:

ja	nein
----	------

Unfallhergang:
