



ANGABEN ZUM ARBEITS- ODER SCHULUNFALL

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bereits im Vorfeld der Behandlung Ihres Arbeits- oder Schulunfalles benötigen wir folgende Angaben von Ihnen. Bitte beantworten Sie alle Fragen, da eine vollständige Versorgung ansonsten nicht gewährleistet ist.

a) Angaben zur verletzten Person

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Staatsangehörigkeit: _____

b) Angaben zum Beruf

Beruf: _____

Seit wann arbeiten Sie bei Ihrem derzeitigen Arbeitgeber? oder

Seit wann besuchen Sie / Du die derzeitige Schule? _____

Name der Firma / Schule: _____

Anschrift der Firma / Schule: _____

Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

c) Angaben zum Unfall

Unfalltag (Datum): _____ Uhrzeit: _____

Beginn der Arbeits- oder Schulzeit am Unfalltag : _____

offizielles Ende der Arbeits- oder Schulzeit am Unfalltag: _____

Wo ist der Unfall passiert? _____

Was ist passiert? _____

Verhalten nach dem Unfall? weitergearbeitet

nach Hause gegangen

zum Arzt gegangen

Unterschrift: _____

Nur von der Praxis auszufüllen: Eintroffen am: _____ Uhrzeit: _____

Erstbehandlung durch: _____