

zurück an:

BKK SBH  
Hauptverwaltung  
Karsten Näser  
Postfach 1124  
78635 Trossingen

### Kundendaten

Name: .....  
Vorname: .....  
Straße: .....  
PLZ Ort: .....  
Geburtsdatum: .....  
Kunden-Nr.: .....  
Telefon/mobil: .....  
E-Mail: .....

\*) Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen in diesem Zusammenhang verwendet.

### Unfallfragebogen

Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort, Strasse, Hausnummer
Art des Unfalls oder Schadensereignis <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Schlägerei / Überfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Unfall bei einer Pflgetätigkeit		Bitte beantworten Sie auch die Zusatzfragen! <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> alter Arbeits- / Wegeunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Kinderhortunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch Eis- / Schneeglätte <input type="checkbox"/> Unfall durch Tiere
Wie ereignete sich der Unfall? Bitte unbedingt die Unfallursache und den Unfallhergang schildern (ggf. auf Zusatzblatt):		
Wer hat den Schaden nach Ihrer Ansicht verschuldet oder verursacht?	Name: _____	Vorname: _____
	Anschrift: _____	
Zeugen	Name, Anschrift	
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Polizeidienststelle, Anschrift, Registriernummer	
Haben Sie eigene Ansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn durch einen Rechtsanwalt: Name, Anschrift	
Angaben zur ärztlichen Behandlung	Erste Hilfe durch: _____	
	Weitere Behandlung durch: _____	
Krankenhausbehandlung	Im: _____	
	Vom: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
Wurde ein Krankentransport durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	Von: _____ bis: _____
	<input type="checkbox"/> nein	Arbeitsunfähigkeit bestand / besteht
Art der erlittenen Verletzung		

#### Zusatzfragen zur Unfallart (nur den betreffenden Abschnitt ausfüllen)

##### Bei Arbeitsunfall – Wegeunfall – Schulunfall – Kindergartenunfall

Wo ereignete sich der Unfall? (Betrieb, Schule, Lehranstalt, Kindergarten, Kinderhort)	Name und Anschrift des Betriebes, Schule usw.:	
	Zuständige Berufsgenossenschaft:	
Auf welchem Weg ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> auf direktem Wege zur/von der Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/> auf dem Wege zur/von der Schule/Universität
	<input type="checkbox"/> auf einem Betriebs- /Dienstweg	<input type="checkbox"/> auf dem Weg zum/vom Kindergarten



Bei Verkehrsunfall	zur eigenen Person	zum Unfallbeteiligten
Art des Fahrzeuges?		
Polizeiliches Kennzeichen?		
Fahrer beim Unfall?		
Anschrift des Fahrers?		
Halter des Fahrzeuges?		
Anschrift des Halters?		
Haftpflichtversicherung?		
Vers. bzw. Schadensnummer?		

**Bei Unfall durch öffentliche Verkehrsmittel**

Bus <input type="checkbox"/>	Straßenbahn <input type="checkbox"/>	Eisenbahn <input type="checkbox"/>	Linie	Fahrtrichtung	Verkehrsgesellschaft
---------------------------------	---	---------------------------------------	-------	---------------	----------------------

**Unfall bei oder im Zusammenhang mit einer Pflegetätigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes**

Wer wurde gepflegt?	Name, Anschrift
Pflegekasse des Gepflegten	

**Bei Unfall durch Eis- oder Schneeglätte**

Genauere Unfallstelle?	<input type="checkbox"/> auf der Fahrbahn	<input type="checkbox"/> Gehweg	<input type="checkbox"/> im freien Gelände
War dort gestreut?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wer war streupflichtig?	Name und Anschrift		
Hat es zur Unfallzeit bzw. unmittelbar vorher geregnet oder geschneit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**Bei Sportunfall**

Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall?	<input type="checkbox"/> Betriebssport	<input type="checkbox"/> Vereinssport	<input type="checkbox"/> Berufssport (z.B. Lizenzspieler)
	<input type="checkbox"/> Schulsport	<input type="checkbox"/> privater Sport	
War ein anderer am Unfall beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Name und Anschrift	
	Art der Beteiligung		

**Bei häuslichem Unfall**

Genauere Unfallstelle	
Sind Sie selbst Haus- und Grundstückseigentümer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn nein, Name und Anschrift des Eigentümers

**Bei Schlägerei – Überfall**

Wer hat die Tätigkeit verursacht?	Name und Anschrift
-----------------------------------	--------------------

**Bei Unfall durch Tiere**

Art des Tieres	
Wer ist der Tierhalter?	Name und Anschrift
Besteht eine Tierhaftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Versicherungsgesellschaft u. Versicherungsschein-Nr

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Hiermit entbinde ich die Krankenkasse sowie Ärzte der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.

Stimme ich zu  Stimme ich nicht zu

Bei Rückfragen bin ich unter folgender Telefon-Nr. erreichbar:

Privat: \_\_\_\_\_

geschäftlich: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_