

Personenschaden

Name des Verletzten:

Anschrift:

Telefon: Fax:

Geburtsdatum: Familienstand: Zahl u. Alter der Kinder

Beruf: Selbständig: Ja Nein

Sicherheitsgurt angelegt? Mandant Ja Nein Gegner Ja Nein

Sturzhelm getragen? Mandant Ja Nein Gegner Ja Nein

Arbeitsunfähig von bis (voraussichtlich)

Krankenhausaufenthalt von bis (voraussichtlich)

Krankenhaus:

Hausarzt:

sonst. behandelnde Ärzte:

.....

Krankenkasse:

Berufsunfall Wegeunfall

Zuständige Berufsgenossenschaft:

Verletzungen:

.....

.....

etwaige Dauerschäden:

.....

.....