

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Name: _____ Geburtstag: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Berufsgenossenschaft: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift Arbeitgeber: Straße:

PLZ/ORT: _____

Beschäftigt als: _____

Seit wann: _____

Unfallort: _____

Unfalltag (Datum): _____ Unfalluhrzeit: _____

Reguläre Arbeitszeit am Unfalltag: von: _____ bis: _____

Haben Sie die Arbeitszeit sofort eingestellt? Ja ___ Nein ___ später ___

Haben Sie die Verletzung behandelt? Wenn ja, wie: gekühlt: _____
verbunden: _____ Nein: _____

Bitte Schildern Sie präzise den Unfallhergang:

Verletztes Körperteil (mit Seitenangabe): _____

Tetanusimpfschutz vorhanden (Nach Impfung 10 Jahre Schutz) ?

JA: _____ Nein: _____ Unsicher: _____

Hausarzt: _____

Unsere Patienteninformation zum Datenschutzerklärung händigen wir Ihnen auf Wunsch jederzeit gerne aus. Bitte sprechen Sie uns an.

Datum/Unterschrift Patient _____