

Fragebogen Personenschaden

Um Ihnen und uns die Arbeit zu erleichtern, bitten wir Sie, den nachstehenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Nur ausfüllen, sofern nicht bereits auf Mandanten- oder Unfallbogen:

Vorname: _____	Nachname: _____
Anschrift: _____	
Telefon: _____	
E-Mail: _____	
Geburtsdatum: _____	
Familienstand: _____	Alter Kinder: _____
Ausgeübter Beruf: _____	Stunden/Woche: _____

Unfalltag: _____

Ich erlitt folgende Verletzungen/Schmerzen: _____

Krankenhausaufenthalt? Ja, vom _____ bis _____ Nein

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Arztbericht/Notaufnahme/Entlassungsbericht vorhanden? Ja Nein

Fand eine Operation statt? Ja Nein offen

Ambulant behandelnde Ärzte:

1. _____

2. _____

3. _____

Krankschreibung? Ja Nein

Wenn ja, vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Ich bin seit dem _____ körperlich wieder voll genesen.

Es wird folgender Dauerschaden bleiben: _____

Sind Medikamente / Heilmittel / sonstige Hilfsmittel verordnet? _____

Ich bin privat gesetzlich versichert

Name Krankenkasse / Krankenversicherung: _____

Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Weg zur Arbeit? Ja Nein

Freizeitaktivitäten, die Sie unfallbedingt vorübergehend/gar nicht mehr ausüben können?

Ich hatte unfallbedingt

1. Erwerbsschaden Ja Nein

2. Kosten für Medikamente etc. Ja Nein

3. Kosten für Heilbehandlung Ja Nein

4. Sonstige _____

Im Haushalt wohnen -mich einbezogen- insgesamt _____ Personen

Ist der Partner berufstätig? Ja Nein

Wenn ja, Vollzeit Teilzeit (Stunden wöchentlich? _____)

Sonstiges: _____

_____ (Ort), den _____ (Datum)