

Zusatzblatt für verletzte Person

Verletzte Person

Name Vorname
Straße
PLZ, Ort
geboren am,in Anzahl Kinder Familienstand

Ausübter Beruf selbstständig Ja Nein
Arbeitgeber
Straße
PLZ, Ort

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein
Rententräger monatl. Rente
Straße
PLZ, Ort

Art und Umfang der Verletzungen

Ist der Verletzte arbeitsunfähig geschrieben Ja Nein
Wenn ja: von bis (voraussichtlich)

Musste der Verletzte im Krankenhaus behandelt werden? Ja Nein
Wenn ja: von bis (voraussichtlich)
Krankenhaus
Straße
PLZ, Ort
1. behandelnder Arzt
Straße
PLZ, Ort
2. behandelnder Arzt
Straße
PLZ, Ort

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

Krankenkasse

Straße

PLZ, Ort

Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Arbeitsweg?

Ja

Nein

wenn Wegeunfall: Hinweg Rückweg

Wenn Berufsunfall oder Wegeunfall, Ja:

Welcher Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Berufsgenossenschaft

Straße

PLZ, Ort

Ist der Verletzte rentenversichert?

Ja

Nein

Bei welchem Rentenversicherer?

Name

Straße

PLZ, Ort

Verletzte Person

Ort

, den

Datum

Unterschrift