



# Selbstauskunft Verletzungen und Unfälle

Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort	

Behandelt wegen
-----------------

1. Wie wurde die Erkrankung vom Arzt genau bezeichnet ?									
2. Welche Körperteile bzw. Organe wurden verletzt? rechts, links oder beidseitig?			<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig						
			<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig						
3. Wann und wodurch entstand die Verletzung?									
4. Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?  Mehrfachnennung möglich bitte Behandlungszeiträume im jeweiligen grauen Kästchen mit vermerken	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Behandlungszeitraum " " " " "	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>						
5. Medikamentöse Behandlung? bitte Name, Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikaments angeben									
6. Werden/ Wurden Hilfsmittel benötigt? z.B. Krücken, Prothese?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar								
7. Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung?  bitte alle Behandlungs Zeiträume angeben	<input type="checkbox"/> kontinuierlich - Behandlungszeitraum, seit wann <input type="checkbox"/> bedarfsweise - bitte geben Sie die	Behandlungszeiträume an	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>						
8. Welche Untersuchungen / Behandlungen sind angeraten oder geplant?	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/> Behandlung mit Gips <input type="checkbox"/> Behandlung mit Schiene <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	Entfernung von " "	<input type="checkbox"/> Platten <input type="checkbox"/> Verdrahtungen <input type="checkbox"/> Nägeln						
9. Ist Material wie Platten, Verdrahtung, Nägel noch vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, zum Verbleib bestimmt?								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Entfernung geplant für								
10. Bestehen Funktionseinschränkungen oder Schäden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar								
11. Besteht Beschwerdefreiheit ?  besteht Behandlungsfreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> ja, seit						
12. Ist die Verletzung ausgeheilt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein, welche Behandlung ist angeraten/ geplant								
13. a) Wird eine Verletztenrente bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? % Bitte Kopie des Versorgungsbescheids mit den Diagnosen beifügen								
b) Wer trägt die Kosten für die Folgen der Verletzung?	<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar								
14. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben? Bitte Art des Arztes, mit Name + Anschrift									

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)