

Unfallmeldung

BKK Beiersdorf AG

**Betroffener:
VersicherungsNr.:**

Tag des Ereignisses:

Allgemeine Angaben – Art des Unfalls? (Bitte Kästchen ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> 1 Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> 2 Schul-, Hochschul-, Kindergarten-, Rehabilitationsstätten-Unfall
<input type="checkbox"/> 1a Landwirt. Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> 3 Unfall auf dem Wege zu oder von der Arbeitsstätte, Schule, Hochschule; Kindergarten, Rehabilitationsstätte
<input type="checkbox"/> 7 Schnee- und Glatteisunfall	<input type="checkbox"/> 4 Unfall auf dem Weg von/zur Pflege bzw. bei Pflege eines Pflegebedürftigen
<input type="checkbox"/> 8 Treppenunfall	<input type="checkbox"/> 5 Verkehrsunfall
<input type="checkbox"/> 9 Sportunfall	<input type="checkbox"/> 6 Gehwegunfall
<input type="checkbox"/> 10 Unfall durch Tiere	<input type="checkbox"/> 11 Häuslicher Unfall
<input type="checkbox"/> 12 Überfall/Schlägerei	<input type="checkbox"/> 13 Sonstiger Unfall
Wann und wo ereignete sich der Unfall?	Tag, Zeit, Ort, Straße, Haus – Nr.
Wer ist für den Unfall bzw. die Verletzung verantwortlich oder wen trifft ein Verschulden?	Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., Wohnort
Welche Haftpflichtversicherung ist gegebenenfalls zuständig?	Name und Anschrift der Versicherung, Versicherungsschein-Nummer
Zeuge(n) des Unfalls	Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., Wohnort
Wurden noch weitere Personen verletzt, die bei der BKK versichert sind?	Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., Wohnort
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Polizei-Dienststelle/ Aktenzeichen
Ist der Unfall bei einem Gericht anhängig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Bezeichnung des Gerichts/ Aktenzeichen
Haben Sie einen Rechtsanwalt mit der Vertretung Ihrer Interessen beauftragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift des Anwalts
Bei welchen Ärzten sind oder waren Sie in Behandlung?	Name und Anschrift des Arztes
Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
Handelt es sich um Folgen eines früheren Unfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom:
Kurze Schilderung des Unfallherganges – Bitte unbedingt ausfüllen!	

Die Erhebung der Daten beruht auf §11 Abs.4 SGB V, §§116 und 119 SGB X, §12 LFZG und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind sie nach § 60 SGB I, §206 SGB V verpflichtet, sofern Sie nicht wegen Überschreitens der Grenzen der Mitwirkung die Angaben verweigern dürfen (§ 65 SGB I).

Die nachfolgenden Fragen sind nur entsprechend der auf der Vorderseite angekreuzten Unfallart zu beantworten

<input type="checkbox"/> 1 Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> 1a Landwirt. Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> 2 Schul-, Hochschul-, Kindergarten-, Rehabilitationsstätten-Unfall <input type="checkbox"/> 3 Unfall auf dem Wege zu oder von der Arbeitsstätte, Schule, Hochschule; Kindergarten, Rehabilitationsstätte <input type="checkbox"/> 4 Unfall auf dem Weg von/zur Pflege bzw. bei Pflege eines Pflegebedürftigen	Wo ereignete sich der Unfall? <input type="checkbox"/> bei Pflege <input type="checkbox"/> auf dem Weg von/zur Pflege eines Pflegebedürftigen <input type="checkbox"/> im Betrieb <input type="checkbox"/> in der Schule/ Hochschule, im Kindergarten, in der Rehabilitationsstätte <input type="checkbox"/> zum Betrieb <input type="checkbox"/> zur Schule/ Hochschule, zum Kindergarten, zur Rehabilitationsstätte <input type="checkbox"/> vom Betrieb <input type="checkbox"/> von der Schule/ Hochschule, vom Kindergarten, von der Rehabilitationsstätte
--	--

<input type="checkbox"/> 5 Verkehrsunfall Als was waren Sie oder Ihr Angehöriger und ein anderer Verkehrsteilnehmer an dem Unfall beteiligt? Art des Fahrzeuges - Amtl. Kennzeichen (Bitte eingeben) Fahrer im Augenblick des Unfalls Anschrift des Fahrers Name des Fahrzeughalters Anschrift des Fahrzeughalters Versicherungsgesellschaft Versicherungsschein- bzw. Schadens - Nr. War der Versicherungsgurt angelegt bzw. wurde ein Sturzhelm getragen? Wer hat den Krankentransport durchgeführt?	Ich/ Mein Angehöriger war <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugführer <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer/ Insasse	Der Unfallbeteiligte war <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugführer <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer/ Insasse
	Fahrzeug 1 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fahrzeug 2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<input type="checkbox"/> 6 Gehwegunfall Ereignete sich der Unfall durch eine schadhafte Straße, einen Gehsteig, fehlende Warnzeichen an Baustellen usw.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ursache Falls Gehsteig zu einem Grundstück – Name und Anschrift des Eigentümers
--	---

<input type="checkbox"/> 7 Unfall durch Eis/ Schneeglätte Wo ereignete sich der Unfall? War gestreut? Wer war Streupflichtig? Wie waren die Witterungsverhältnisse zum Unfallzeitpunkt? Wurde der Unfall dem Anlieger gemeldet?	<input type="checkbox"/> Gehweg <input type="checkbox"/> Fahrbahn <input type="checkbox"/> Fußgängerüberweg <input type="checkbox"/> Kreuzung <input type="checkbox"/> öffentl. Platz evtl. nähere Angaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art des Streumittels Name und Anschrift des Haftpflichtigen <input type="checkbox"/> Schneefall <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Glatteis <input type="checkbox"/> Tauwetter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

<input type="checkbox"/> 8 Treppenunfall Beschaffenheit der Treppe? Haben sich schon früher auf dieser Treppe Unfälle ereignet? Wer ist der Hauseigentümer Wurde der Hauseigentümer vom Unfall unterrichtet?	Ursache <input type="checkbox"/> mit Geländer <input type="checkbox"/> mehr als fünf Stufen <input type="checkbox"/> schadhafte Treppengeländer <input type="checkbox"/> ohne Geländer <input type="checkbox"/> nur bis fünf Stufen <input type="checkbox"/> schadhafte Stufen <input type="checkbox"/> schlechte Beleuchtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> telefonisch
---	--

<input type="checkbox"/> 9 Sportunfall Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall? Lag große Fahrlässigkeit bzw. grober Regelverstoß des Beteiligten vor?	<input type="checkbox"/> Vereinssport <input type="checkbox"/> Schulsport <input type="checkbox"/> Betriebssport <input type="checkbox"/> privater Sport <input type="checkbox"/> Berufssport <input type="checkbox"/> Als Übungsleiter <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift des Beteiligten
---	---

<input type="checkbox"/> 10 Unfall durch Tiere Wer ist Tierhalter?	Name und Anschrift
--	--------------------

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Für den Fall, dass meine Verletzungen als Schädigungsfolgen im Sinne des OEG (Opfer-Entscheidungs-gesetz) anzusehen sind, stelle ich hiermit den Antrag auf Entschädigung nach diesem Gesetz.	Ich entbinde die Krankenkasse sowie die Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Möglichkeit eines Ersatzanspruchs gegen Dritte informiert.
---	---

Datum _____	Unterschrift _____	Datum _____	Unterschrift _____	Telefon (freiwillige Angabe) _____
-------------	--------------------	-------------	--------------------	------------------------------------

Füllt die Krankenkasse aus: _____ Datum _____ Sachbearbeiter _____

Im Ersatzl.-Vorbuch eingetragen ELB-Nr. _____ Kein Ersatzanspruch _____