

**Personenschaden**

Name des Verletzten: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Geburtsdatum: ..... Familienstand: ..... Zahl u. Alter der Kinder .....

Beruf: ..... Selbständig:  Ja  Nein

Sicherheitsgurt angelegt? Mandant  Ja  Nein Gegner  Ja  Nein

Sturzhelm getragen? Mandant  Ja  Nein Gegner  Ja  Nein

Arbeitsunfähig von ..... bis (voraussichtlich) .....

Krankenhausaufenthalt von ..... bis (voraussichtlich) .....

Krankenhaus: .....

Hausarzt: .....

sonst. behandelnde Ärzte: .....

.....

Krankenkasse: .....

Berufsunfall  Wegeunfall

Zuständige Berufsgenossenschaft: .....

Verletzungen: .....

.....

.....

etwaige Dauerschäden: .....

.....

.....