

Geschädigter

Name:	Bank:
Vorname:	BLZ:
Geb.-Datum:	Konto-Nr.:
Straße:	Telefon:
Wohnort:	Telefax:
Rechtsschutz:	Rechtsschutz-Nr.:
Im Unfallzeitpunkt angegurtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Art und Umfang der Verletzungen:	
Krankenhausaufenthalt von:	bis vorauss.:
Krankenhaus:	
Ambulant behandelnde Ärzte: (mit vollständiger Adresse)	1) 2) 3)
Krankgeschrieben von:	bis vorauss.:
Krankenkasse:	
Arbeitgeber:	
Berufs-/Wegeunfall:	
Berufsgenossenschaft:	
Gesetzlich rentenversichert:	
Rentenversicherungsanstalt:	
<i>Der Verletzte ist damit einverstanden, dass das Krankenhaus und alle behandelnden Ärzte dem Versicherer und dessen Anwalt Gutachten und Auskünfte erteilt.</i>	