

**SBK**  
**80227 München**

Versichertennummer

Erkrankung vom

Datum

## Unfallfragebogen für

Name, Vorname

Geburtsdatum

### 1. Wo kam es zum Unfall / zur Verletzung?

im Betrieb meines Arbeitgebers

Ist Folge

auf dem Arbeitsweg

einer Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung

Zuhause / Freizeit

einer früheren Verletzung vom:

beim Sport

während des Besuches des Kindergartens, einer Schule, Hochschule oder auf dem damit verbundenen Wege

bei der Pflege eines Pflegebedürftigen

im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb oder auf einem damit zusammenhängenden Weg

im Straßenverkehr

durch tätliche(n) Angriff / Abwehr / Gewalttat

Sonstiges

Sollten Sie diesen Punkt angekreuzt haben, besteht ggf. die Möglichkeit, einen Leistungsanspruch nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu erhalten. Einen Antrag können Sie bei dem Versorgungsamt Ihres Wohnortes stellen. Wir beraten Sie gerne.

### 2. Schilderung des Unfallhergangs – bitte unbedingt ausfüllen (falls nötig, zusätzliches Blatt verwenden, ggf. auch für Skizze):

### 3. Genaue Angaben zum Unfall / zur Verletzung

Tag

Uhrzeit

Ort

Straße / Platz

Haus Nr.

Wer meinen Sie, ist für die Gesundheitsschädigung verantwortlich?

(Name und Anschrift)

Wer war Zeuge?

(Name und Anschrift)

Fragebogen für  Versichertennummer

#### 4. Welche Verletzung(en) haben Sie / hat Ihr Angehöriger erlitten?

Behandelnder Arzt / Krankenhaus:

Behandlung weiter erforderlich  Ja  Nein abgeschlossen am:

War Krankentransport erforderlich  Ja  Nein

Wurden bisher unfallbedingte Verordnungen (z.B. Massagen oder Gehilfen) vom behandelnden Arzt ausgestellt?

Ggf. welche?

#### 5. Zu beantworten bei Verkehrsunfällen

Ich / mein Angehöriger  Autofahrer  Mitfahrer (Auto)  Motorradfahrer  Mitfahrer (Motorrad)

Wurde der Sicherheitsgurt / Sturzhelm benutzt?  Ja  Nein

War am Unfall beteiligt als  Radfahrer  Fußgänger  Fahrgast (Bahn, Bus usw.)

Benutzung Kraftfahrzeug

Fremdes Kraftfahrzeug

Amtl. Kennzeichen

Haftpflichtversicherung

Vers.-Nr.

Fahrer

Fahrzeughalter

#### 6. Zu beantworten bei Sturz als Fußgänger

Ursache  Verschmutzung  Schnee-/ Eisglätte  Unebenheit

Wo  Treppe  Straße  Gehweg  Haltestelle

im Bereich einer Baustelle  auf einem Fußgängerüberweg (Zebrastrreifen)

Grundstücks- bzw. Hauseigentümer? Anlieger?   
Name, Anschrift

War die Unfallstelle gestreut?

Fiel unmittelbar vor dem Sturz Niederschlag?

Ja  Nein  unzureichend

Ja  Schnee  Regen  Nein

#### 7. Zu beantworten bei Verletzungen durch ein Tier

Art des Tieres (bei Hund auch Rasse)

Tierhalter (Name, Anschrift)

Wer beaufsichtigte das Tier? (Name, Anschrift)

Falls eine Haftpflichtversicherung für das Tier besteht, bei welcher Versicherung?

(Name, Anschrift, Versicherungsnummer)

Fragebogen für Versichertennummer **8. Welche Polizeidienststelle hat den Sachverhalt aufgenommen?**

(Name, Anschrift, Aktenzeichen)

**9. Wurde ein Rechtsanwalt eingeschaltet?** Ja

(Name, Anschrift, Tel. Nr.)

 Nein

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Ich entbinde die Krankenkasse, alle Ärzte, Psychologen, Krankenhäuser, sonstige medizinische Leistungserbringer bzw. das Pflegeheim, die mich oder den von mir gesetzlich Vertretenen (Kind/Pflegeperson) im Zusammenhang mit dem vorgenannten Unfallereignis behandelt haben oder noch behandeln, sowie meinen Rechtsanwalt von der gesetzlichen Schweigepflicht (§203 StGB) gegenüber der Siemens-Betriebskrankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Ich erkläre gleichzeitig die Genehmigung zur Herausgabe der ärztlichen Unterlagen und der Pflege-/Sturzdokumentation in Zusammenhang mit dem vorgenannten Unfallereignis an die Siemens Betriebskrankenkasse. Weiterhin bin ich mit der Weiterleitung aller ärztlichen Unterlagen durch meine Krankenkasse an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einverstanden.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Überprüfung, ob unfallbedingte Kausalität besteht. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten auch zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkasse bzw. meines Arbeitgebers gegenüber dem Ersatzpflichtigen bzw. dessen Versicherung genutzt und von diesen gespeichert werden.

Wenn Sie das Einverständnis nicht oder nicht vollständig erteilen wollen, bitten wir die relevanten Passagen zu streichen. Die Einwilligung kann schriftlich widerrufen werden.

Wird die Einwilligung nicht erteilt oder widerrufen, kann die SBK die in der Einverständniserklärung bezeichnete Datenübermittlung für Sie nicht vornehmen. Sie sind dann im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht verpflichtet, die Daten direkt dem Medizinischen Dienst zu übermitteln.

Telefon mobil\* 

Telefon Festnetz\*

E-Mail\*

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Diese Angaben sind freiwillig.