Selbstauskunft: Unfall und Verletzung

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:
Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person

Geb.-Datum

Weiterleitung an Gesellschaft(en)

B

1. Wie wurde die Verletzung von Ihrem Arzt bezeichnet?

2. Wann erlitten Sie die Verletzung?

(TT/MM/JJJJ)

3. Welche Körperteile bzw. Organe waren/sind betroffen?

Körperteil/Organ	Verletzung
Körperteil/Organ	Verletzung
Körperteil/Organ	Verletzung
Körperteil/Organ	Verletzung
Körperteil/Organ	Verletzung

4. Fand der Unfall mit Bewusstlosigkeit statt?

☐ Ja | wie lange: _____
☐ Nein

5. Sind innere Verletzungen aufgetreten?

☐ Ja | welche: _____
☐ Nein

6. Sind Komplikationen aufgetreten?

☐ Ja | welche: _____
☐ Nein

7. Wurde eine Bluttransfusion erforderlich?

☐ Ja ☐ Nein

8. Ist noch Fremdmaterial im Körper vorhanden? (bei Verbleib im Körper bitte Attest beilegen)

☐ Ja | welche: _____
(z.B.: Platten, Verdrahtungen, Nägel)

☐ Nein

Ist eine Entfernung angeraten oder geplant? ☐ Ja | wann: _____ ☐ Nein

© 2018 | Selbstauskunft: Unfall und Verletzung | Stand 03/2018

Selbstauskunft: Unfall und Verletzung

B

9. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

☐ Medikation

Name | Dosierung

Einnahme seit | ☐ abgeschlossen seit: _____ ☐ dauerhaft

☐ Untersuchungen

welche | Ergebnis

☐ Sonstiges: _____

10. Werden orthopädische Hilfsmittel getragen?

☐ orthopädische Hilfsmittel ☐ Prothesen ☐ Ersatzstücke ☐ Sonstiges: _____

11. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ Ja ☐ OP | Datum der OP: _____ Art: _____
☐ OP angeraten | wann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

☐ Nein

12. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ Ja ☐ Aufenthalt | von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten: _____
☐ Sonstiges: _____

☐ Nein

13. Bestehen Unfallfolgen bzw. sind welche zu erwarten (z.B. Behinderung, Gedächtnisstörung, Empfindungsstörung, ...)**?**

☐ Ja | Grad der Behinderung: _____ % (bitte legen Sie den Bescheid bei)
☐ Nein

Nähere Angaben

Wird eine Verletztenrente bezogen?

☐ Ja | Höhe: _____ | Dauer: _____ ☐ Nein

14. Gibt es einen Kostenträger (z.B. Berufsgenossenschaft)?

☐ Ja (bitte Bescheid beifügen) ☐ Nein

15. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ Ja | von: _____ bis: _____ ☐ Nein

16. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ Ja | seit: _____ ☐ Nein

17. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ Ja | seit: _____ ☐ Nein

Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller

© 2018 | Selbstauskunft: Unfall und Verletzung | Stand 03/2018