

Fragebogen: 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

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

Fragebogen: 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