

ERHEBUNGSBOGEN

Name der verletzten Person	VSNR	Aktenzeichen
Telefon	Unfalldatum	Unfallzeit
Unfallort (genaue Adresse)		
Der Unfall ereignete sich: <input type="checkbox"/> in Ausübung der beruflichen Tätigkeit <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in der Schule / bei einer Schulveranstaltung <input type="checkbox"/> auf dem Weg (der Fahrt) zur oder von der Arbeit/Schule <input type="checkbox"/>		Unfallart: <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Raufhandel (bzw. tätliche Auseinandersetzung) <input type="checkbox"/> Verletzung durch Tiere <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Sturz wegen Glatteis <input type="checkbox"/> Gebrauch eines fehlerhaften Produktes <input type="checkbox"/> KEIN UNFALL (Abnützung, Erkrankung etc.) <input type="checkbox"/>
Genauere Schilderung des Unfalles (unbedingt ausfüllen):		

Liegt Ihrer Meinung nach Fremdverschulden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer ist vermutlich an dem Vorfall schuldtragend? (Name und Adresse des Betroffenen)	
Besteht eine Haftpflichtversicherung die für den Schaden aufkommt? ➤ Wenn ja, welche? (Schadensnummer)	
Bei welcher Polizei-Dienststelle wurde der Vorfall aufgenommen bzw. Anzeige erstattet? (Bezeichnung und Adresse der Behörde)	
Ist ein Strafverfahren anhängig? (Gericht, Aktenzahl)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Zivilverfahren geplant? (Gericht, Aktenzahl) ➤ Wenn ja, gegenüber wem?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift und Tel.Nr. ihres Rechtsanwaltes	

Welche Verletzungen wurden ärztlich festgestellt?	Verletzter Körperteil mit Körperseite: (z.B.: linke Hand)
Ist die Behandlung bereits abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
➤ Von wem werden Sie derzeit noch behandelt?	
Wie lange wird die Behandlung voraussichtlich fortgesetzt?	
Sind Dauerfolgen anzunehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wo fand bisher eine Behandlung statt? (<i>Krankenhäuser, Ärzte, Physiotherapeuten,...</i>)	
Krankentransport am: Bezeichnung des Transportunternehmens:	

Nur bei Unfällen mit Beteiligung von Kraftfahrzeugen auszufüllen (unabhängig von der Verschuldensfrage)!

Eigenes Fahrzeug bzw. Fahrzeug in dem Sie Insasse waren	Andere(s) Fahrzeug(e)*
Behördliches Kennzeichen:	Behördliches Kennzeichen:
<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/>
Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeuglenkers	Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeuglenkers
Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeughalters	Name, Geburtsdatum und Anschrift des Fahrzeughalters
Haftpflichtversicherungsanstalt / Polizznummer	Haftpflichtversicherungsanstalt / Polizznummer
In welcher Eigenschaft waren Sie am Unfall beteiligt?	
<input type="checkbox"/> KFZ-Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/>	

*Weitere beteiligte Fahrzeuge bitte auf einem gesonderten Beiblatt angeben!

Bitte beachten Sie:

„Unfall“ bedeutet nicht zwangsläufig Verkehrsunfall. Auch bei Verletzungen in Folge eines Raufhandels oder Tierbisses bzw. nach einem Privat- oder Sportunfall erhalten Sie einen Unfallfragebogen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- bei sonstigen Unfällen der eventuelle Entschädigungsanspruch¹ gegen Dritte und
- bei Arbeitsunfällen der Anspruch gegenüber der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt jeweils bis zur Höhe der für den Versicherungsfall erbrachten Leistungen an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft übergeht.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Verletzten
oder dessen gesetzlichen Vertreters

¹Der Entschädigungsanspruch betrifft jene Kosten, welche von der SVA der gewerblichen Wirtschaft für Ihre Krankenbehandlung bzw. Krankentransporte im Zusammenhang mit dem betreffenden Vorfall bezahlt wurden. Private Schadenersatzforderungen Ihrerseits (zB Schmerzensgeld) sind davon nicht betroffen.