

muki Unfallmeldung für Krankenversicherung

Polizzennummer: _____

Telefonnummer: _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ derzeitige Beschäftigung: _____

Unfalldatum: _____ Uhrzeit: _____

Unfallort / Räumlichkeit: _____

Genaue Schilderung des Unfallhergangs: _____

Unfallzeuge:

Vor- und Zuname: _____ Telefonnummer: _____

Erstbehandlung durch: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Art der Verletzung (Vorverletzungen und/oder Operationen der verletzten Region bitte angeben):

Bestehen oder bestanden schwerwiegende Krankheiten oder chronische Erkrankungen
bzw. schwerwiegende Gesundheitsstörungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie vor dem Unfall Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente konsumiert? ja nein

Art und Menge, Zeitraum: _____

Bestehen weitere Kranken- oder Unfallversicherungen?

Krankenvers.: Gesellschaft: _____ Polizzennummer: _____

Unfallvers.: Gesellschaft: _____ Polizzennummer: _____

Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten: _____
(bei Minderjährigen ein Elternteil)