

# Unfallprotokoll der Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Unfall:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Unfallhergang: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

verletzte Körperteile: \_\_\_\_\_

wer ist Ihrer Meinung nach für den Unfall verantwortlich?

\_\_\_\_\_

## Angaben zum Umfeld:

Augenzeugen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wer hat vom Unfall zuerst Kenntnis genommen?

\_\_\_\_\_

wurde die Arbeit eingestellt?

nein

Ja

wenn ja: →

erstbehandelnder Arzt:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt?

nein

Ja

wenn ja: →

wurde die Arbeit wieder aufgenommen? nein

Ja

wenn ja: →

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_