

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

Ort, Datum

Unterschrift