




Vers.-Nr

 0800 / 7235715

 0621 / 68559-3234

 regress@bkkpfalz.de

Leistung vom: - Leistungsart:

Guten Tag,

die verordnete Leistung lässt auf einen Unfall schließen. Teilen Sie uns bitte mit, aus welchem Grund/Ereignis diese Leistung notwendig wurde, auch wenn Sie der Meinung sind, dass kein Unfall vorgelegen hat. Für Ihre Mithilfe im Voraus vielen Dank!

Freundliche Grüße  
Ihre BKK Pfalz

<b>Allgemeine Angaben zur Leistung</b> (Zutreffendes ankreuzen)											
1	Arbeits-/ Wegeunfall	2	Schul-, Hochschul-, Kindergarten-, Rehabilitationsstätten-Unfall und auf dem Weg dort hin	3	Unfall auf dem Weg von/zur Pflege bzw. bei der Pflege eines Pflegebedürftigen			4	Häuslicher Unfall	5	Verkehrsunfall
6	Gehwegunfall	7	Schnee-/Glätteisunfall	8	Treppunfall	9	Sportunfall	10	Unfall durch Tiere	11	Überfall / Schlägerei
Wann und wo ereignete sich der Unfall?				Tag, Zeit, Ort, Straße, Haus-Nr.							
Wen trifft ein Verschulden?				Name und Anschrift							
Zeuge(n) des Unfalls?				Name und Anschrift							
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?				Polizeidienststelle / Aktenzeichen							
Ist der Unfall bei einem Gericht anhängig?				Bezeichnung des Gerichts / Aktenzeichen							
Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt?				Name und Anschrift des Anwalts							
Bei welchen Ärzten sind oder waren Sie in Behandlung?				Name und Anschrift des Arztes							
Ist die Behandlung abgeschlossen?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:							
Handelt es sich Folgen einer früheren Verletzung?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom:							
<b>Kurze Schilderung des Unfallhergangs – Bitte unbedingt ausfüllen!</b>											
– falls Platz nicht ausreichend, Fortsetzung auf besonderem Blatt											

Weitere Angaben zur entsprechenden Leistung	KVNR.:	
<p><b>1</b> Arbeitsunfall oder auf dem Weg von oder zur Arbeitstätte</p> <p><b>2</b> Schul-, Hochschul-, Kindergarten-, Rehabilitationsstätten-Unfall oder auf dem Weg dort hin oder zurück</p> <p><b>3</b> Unfall auf dem Weg von/zur Pflege bzw. bei Pflege einer pflegebedürftigen Person</p>	<p><b>Wo ereignete sich der Unfall?</b></p> <p><input type="checkbox"/> im Betrieb <input type="checkbox"/> in der Schule/Hochschule, im Kindergarten, in der Rehabilitationsstätte Name, Anschrift:</p> <p><input type="checkbox"/> zum / vom Betrieb <input type="checkbox"/> zur/vom Schule/Hochschule, zum/vom Kindergarten, zur/von Rehasstätte Name, Anschrift:</p> <p><input type="checkbox"/> bei Pflege <input type="checkbox"/> auf dem Weg von/zur Pflege einer pflegebedürftigen Person</p>	
<p><b>5</b> Verkehrsunfall Als was waren Sie oder Ihr Angehöriger und ein anderer Verkehrsteilnehmer an dem Unfall beteiligt?</p> <p>Kfz.- Kennzeichen</p> <p>Name und Anschrift des Fahrers</p> <p>Name und Anschrift des Halters</p> <p>Versicherungsgesellschaft</p> <p>Versicherungsschein- bzw. Schadens-Nr.</p> <p>Wurde ein Krankentransport durchgeführt?</p>	<p><b>Versicherte/r der BKK Pfalz war</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugführer <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer/Insasse</p>	<p><b>Der Unfallbeteiligte war</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugführer <input type="checkbox"/> Radfahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer/Insasse</p>
<p><b>6</b> Gehwegunfall Ereignete sich der Unfall durch eine schadhafte Straße, einen schadhafte Gehsteig, fehlende Warnzeichen an Baustellen usw.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, kurze Beschreibung der Örtlichkeit/Unfallursache:</p>	
<p><b>7</b> Unfall durch Eis/Schneeglätte Wo ereignete sich der Unfall? War gestreut? Wer war streupflichtig? Wie waren die Witterungsverhältnisse zum Unfallzeitpunkt? Wurde der Unfall dem Anlieger gemeldet?</p>	<p><input type="checkbox"/> auf dem Gehweg <input type="checkbox"/> Fahrbahn <input type="checkbox"/> Fußgängerüberweg <input type="checkbox"/> Kreuzung <input type="checkbox"/> öffentlicher Platz evtl. nähere Angaben</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art des Streumittels</p> <p>Name und Anschrift des Haftpflichtigen</p> <p><input type="checkbox"/> Schneefall <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Glatteis <input type="checkbox"/> Tauwetter <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p><b>8</b> Treppenunfall Beschaffenheit der Treppe Wer ist Hauseigentümer? Wurde der Hauseigentümer unterrichtet?</p>	<p>Ursache:</p> <p><input type="checkbox"/> mit Geländer <input type="checkbox"/> mehr als 4 Stufen <input type="checkbox"/> schadhafte Treppengeländer <input type="checkbox"/> nur bis 4 Stufen <input type="checkbox"/> schadhafte Stufen <input type="checkbox"/> ohne Geländer <input type="checkbox"/> schlechte Beleuchtung</p> <p>Name und Anschrift</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> telefonisch</p>	
<p><b>9</b> Sportunfall Bei welchem Sport ereignete sich der Unfall? Lag grobe Fahrlässigkeit bzw. grober Regelverstoß des Beteiligten vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Vereinssport <input type="checkbox"/> Schulsport <input type="checkbox"/> Betriebssport <input type="checkbox"/> Berufssport <input type="checkbox"/> Privater Sport <input type="checkbox"/> Als Übungsleiter <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p>Name und Anschrift des Beteiligten</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p><b>10</b> Unfall durch Tiere Wer ist der Tierhalter?</p>	<p>Name und Anschrift</p>	

Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.  
Für den Fall, dass meine Verletzungen als Schädigungsfolgen im Sinne des OEG (Opfer-Entschädigungsgesetz) anzusehen sind, stelle ich hiermit den Antrag auf Entschädigung nach dem Gesetz.

Ich entbinde die Krankenkasse sowie die Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit Auskünfte über Art und Umfang der Verletzung zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich sind.  
Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Möglichkeit eines Ersatzanspruches gegen Dritte informiert.

Telefon (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Füllt die Krankenkasse aus:  Kein Ersatzanspruch \_\_\_\_\_