



UNFALLBOGEN (nur bei Unfall oder Verletzung auszufüllen)

Dr. med. Michael Schuh | Dr. med. Christian Gebner | Erfurt | Tschaikowskistraße 24 | Telefon: 0361-65 73 73 0

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Staatsangehörigkeit

- ▶ Arbeits-, Wegeunfall Schulunfall Dienstatunfall Bundeswehr

.....
Arbeitgeber/Schule/Dienststelle

.....
beschäftigt seit

.....
Anschrift Arbeitgeber/Schule/Dienststelle (PLZ/Ort/Straße/Hausnummer)

.....
Tätigkeit

.....
Beginn Arbeitszeit

.....
Ende Arbeitszeit

.....
Berufsgenossenschaft/Unfallkasse (Ort)

.....
Krankenkasse

- ▶ privater Unfall

• Beschwerden/Schmerzen/Verletzung:

.....

• Unfalltag: • Unfallzeit: • Unfallort:

• kurze Schilderung des Unfallherganges:

.....

.....

• Verhalten nach dem Unfall:

.....

• Tätigkeit/Sport sofort abgebrochen: ja nein

• erstmalig behandelt am:

• behandelt durch wen:

• Art der ersten Versorgung (Röntgen, Medikamente):

• Alkoholeinfluss: ja nein

Erfurt,
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten