Uelzener
VERSICHERUNGEN Mensch. Tier. Wir.

Ärztlicher Erstbericht zur privaten Unfallversicherung

Vertrags-Nummer:

Schaden-Nummer:
-
-

Verletzte Person:
(Name, Anschrift):

Unfalldatum:

Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

☐ liegt vor / an.

☐ Die verletzte Person wurde bei Ihnen stationär behandelt.

☐ Erstatten Sie den Bericht bitte nur anhand Ihrer Aufzeichnungen.

☐ Untersuchen Sie bitte die verletzte Person, falls keine Befunde aus letzter Zeit vorliegen.

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen. Beachten Sie dabei bitte die nebenstehenden Hinweise – **soweit angekreuzt** –.

Angaben über das Unfallereignis:

Unfalltag Uhrzeit

Unfallhergang:

Erstbefund:
Subjektive Angaben über Schmerzen, Funktionsstörungen?

Objektiver Befund der ersten Untersuchung durch Sie?

Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Diagnose:

Behandlung:

Behandlungsbeginn bei Ihnen? Datum Uhrzeit

Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ Ja, am

☐ Nein, voraussichtlich am

Bisherige Behandlung?

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Veerßer Straße 65/67
29525 Uelzen

Tel. 0581 8070-0
Fax 0581 8070-248
www.uelzener.de
info@uelzener.de

Vorstand:
Dr. Theo Hölscher (Vorsitzender)
Imke Brammer-Rahlfs
Bernd Fischer

Aufsichtsratsvorsitzender:
Gerhard Schulz
Registergericht: AG Lüneburg HR B 120469
USt-IdNr.: DE 116 681 647
StNr.: 47 207 00011

Steuer-Nr. beim BZSt: 809/V90809020562
Bankverbindung: Commerzbank AG
IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00
BIC: COBADEFF249
Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000118549

Uelzener
VERSICHERUNGEN Mensch. Tier. Wir.

Heilverlauf und letzter Befund
Bisheriger Heilverlauf?

Beschwerden bei der letzten Untersuchung?

Letzter objektiver Befund (einschl. Röntgenbefund)?

Wann haben Sie diesen Befund erhoben? Datum

Leistungsfähigkeit:
Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall

zu % vom bis
zu % vom bis
zu % vom bis

Krankenhausaufenthalt:
Vollstationäre Behandlung weges des Unfalles? ☐ Nein ☐ Ja

vom bis
vom bis
vom bis

Invalidität:
Wird der Unfall Dauerfolgen hinterlassen? ☐ Nein ☐ Ja. Wenn ja: Worin werden diese bestehen?

Vorerkrankungen: Unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen/Folgen aus früheren Unfällen:

Haben diese bei der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt?
☐ Nein ☐ Ja. Wenn ja, in welchem Umfang? %

Andere Versicherer: An welche gesetzliche Unfallversicherung, Krankenversicherung oder andere Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen, Anschriften)?

Das Honorar gemäß GOÄ: EUR

Konto für Honorar:

Kontoinhaber:
Geldinstitut:
IBAN:
BIC:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Veerßer Straße 65/67
29525 Uelzen

Tel. 0581 8070-0
Fax 0581 8070-248
www.uelzener.de
info@uelzener.de

Vorstand:
Dr. Theo Hölscher (Vorsitzender)
Imke Brammer-Rahlfs
Bernd Fischer

Aufsichtsratsvorsitzender:
Gerhard Schulz
Registergericht: AG Lüneburg HR B 120469
USt-IdNr.: DE 116 681 647
StNr.: 47 207 00011

Steuer-Nr. beim BZSt: 809/V90809020562
Bankverbindung: Commerzbank AG
IBAN: DE80 2584 0048 0569 0334 00
BIC: COBADEFF249
Gläubiger-ID: DE19ZZZ00000118549