

1) Name des Arztes _____ (in Druckschrift bitte) Vorname _____
 Wohnsitz _____

2) Name des Verletzten _____ Vorname _____
 Wohnsitz _____

3) Unfalldatum ____ - ____ - ____

4) Tag, Datum und Stunde der ersten Untersuchung ____ - ____ - ____ ____ . ____ Uhr

5) Diagnose (die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben) _____

6) In welcher Anstalt wird der Verletzte behandelt? _____

7) Kann der Verletzte sich fortbewegen? Ja Nein

8) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung _____

9) Voraussichtliche Folgen? _____

10) Ist der beschriebene Unfall die Ursache der festgestellten Verletzungen (Nr. 6)? Ja Nein

11) Besteht ein Zusammenhang mit früheren Umständen, wie Gebrechen, Krankheiten oder Unfällen? Ja Nein
 Falls ja, welcher? _____

12) a. Wurd eine chirurgische Behandlung vorgenommen? Ja Nein
 Welche? _____
 In welcher Anstalt von welchem Chirurgen? _____

b. Wurde eine Untersuchungs- oder Kontrollröntgenaufnahme gemacht? Ja Nein

c. Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes? Ja Nein

13) Verschiedene Bemerkungen _____

NB: Ethias zahlt die gesetzlichen Rückerstattungssätze der Krankenkasse übersteigenden Behandlungskosten, und gibt im voraus ihre Einwilligung für jede spezielle Behandlung, die durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse genehmigt wurde.

Ausgestellt zu _____ am _____

Unterschrift _____