

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

R0870

Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII

1 Angaben zur Person

| | |
|----------------------------|--------------|
| Name, Vorname, Geburtsname | Geburtsdatum |
| | |

Allgemeine Angaben zum Unfall bzw. Schadensereignis

2 Unfalldatum und Ort

| | |
|---|---------|
| Unfalldatum | Uhrzeit |
| | |
| Unfallort (Ort, Straße oder kurze Beschreibung des Unfallortes) | |
| | |

3 Art des Schadensereignisses

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Wegeunfall zum oder vom Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> Unfall durch Schneeglätte oder Eisglätte | <input type="checkbox"/> Sportunfall | <input type="checkbox"/> Unfall im Haushalt |
| <input type="checkbox"/> sonstiges Schadensereignis (z. B. ärztlicher Kunstfehler, Schlägerei / Überfall, Verletzung durch Tiere) | | |

4 Schildern Sie bitte den Unfallhergang (möglichst mit Unfallskizze, ggf. auf einem gesonderten Blatt).

| |
|--|
| |
|--|

5 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen!

Bitte geben Sie die durch den Unfall erlittenen Verletzungen an.

| |
|--|
| |
|--|

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

| |
|---------------------------------|
| Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------------------|

6 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen! Liegen noch Beschwerden vor?

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche |
|---|

7 Ist der Unfall nach Ihrer Ansicht zurückzuführen

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> auf eigenes Verschulden <input type="checkbox"/> auf fremdes Verschulden |
| Name, Anschrift des Verursachers bzw. Mitverursachers |
| <input type="checkbox"/> Die Schuldfrage kann nicht beurteilt werden. |

8 Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

| | | |
|---|---------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Polizeidienststelle | Aktenzeichen |
|---|---------------------|--------------|

9 Ist oder war bei der Staatsanwaltschaft oder bei Gericht ein Ermittlungsverfahren / Strafverfahren anhängig?

| | | |
|---|------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Staatsanwaltschaft / Gericht | Aktenzeichen |
|---|------------------------------|--------------|

10 Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht oder streben Sie dies noch an?

| | | |
|---|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schädiger (Name, Anschrift) | |
| | Haftpflichtversicherer (Name, Anschrift) | Aktenzeichen |

11 Wurde der Schaden bereits durch den Schädiger bzw. Haftpflichtversicherer reguliert?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> laufendes Verfahren |
|--|

12 Ist oder war eine Schadensersatzklage bei Gericht anhängig?

| | | |
|---|---------|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Gericht | Aktenzeichen |
|---|---------|--------------|

13 Haben bzw. hatten Sie einen Rechtsanwalt / Rechtsbeistand mit der Wahrnehmung Ihrer rechtlichen Interessen beauftragt?

| | | |
|---|-----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Name, Anschrift | Aktenzeichen |
|---|-----------------|--------------|

14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

| | | |
|---|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Name, Anschrift der Berufsgenossenschaft | Aktenzeichen |
|---|--|--------------|

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

15 Bei Schlägerei / Überfall: Haben Sie Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) geltend gemacht?

| | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Stelle: | Aktenzeichen |
|--|--------------|

Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen

16 Waren Sie bzw. war der Versicherte

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fahrerin / Fahrer des Unfallfahrzeuges | <input type="checkbox"/> Insassin / Insasse des Fahrzeuges | <input type="checkbox"/> Motorradfahrerin / Motorradfahrer |
| <input type="checkbox"/> Motorradbeifahrerin / Motorradbeifahrer | <input type="checkbox"/> Radfahrerin / Radfahrer | <input type="checkbox"/> Fußgängerin / Fußgänger |
| Angaben zum eigenen Fahrzeug bzw. zu dem Kfz, in dem Sie / Ihr Angehöriger sich befanden. | | |
| Halter (Name, Anschrift) | | |
| Fahrer (Name, Anschrift) | | |
| Polizeiliches Kennzeichen | Haftpflichtversicherung | Aktenzeichen |
| Angaben zum gegnerischen Fahrzeug | | |
| Halter (Name, Anschrift) | | |
| Fahrer (Name, Anschrift) | | |
| Polizeiliches Kennzeichen | Haftpflichtversicherung | Aktenzeichen |
| Für den Fall, dass der Unfall durch Angehörige der Stationierungstreitkräfte verursacht wurde: | | |
| Wurde der Unfall bei der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben - Schadensregulierungsstelle - gemeldet? | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum der Meldung: | | |
| Anschrift | | Aktenzeichen |

Nur auszufüllen bei Unfällen durch Schnee oder Glatteis

17 Um welche Uhrzeit genau hat sich der Unfall ereignet?

| |
|---------|
| Uhrzeit |
|---------|

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

18 Geben Sie bitte die konkreten Witterungsverhältnisse während des Schadensereignisses an (z. B. Blitzeis, Eisregen, Schneefall o. Ä.).

| | |
|--|------------------------------------|
| | Wann fiel der letzte Niederschlag? |
|--|------------------------------------|

19 Der Unfall ereignete sich

| | | |
|--------------------------|----------------|---|
| Ort, Straße, Hausnummer | | |
| <input type="checkbox"/> | auf dem Gehweg | |
| <input type="checkbox"/> | auf der Straße | <input type="checkbox"/> außerhalb einer Ortschaft <input type="checkbox"/> |

20 War die Unfallstelle geräumt oder gestreut?

| | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
|--------------------------|------|--------------------------|----|

21 Ist der Unfall dem Grundstückseigentümer gemeldet worden?

| | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----|
| Name, Anschrift | | | |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |

Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Versicherten bzw. Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls

22 Hatten Sie bzw. der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?

| | | | |
|--|------|--------------------------|----|
| Art des Betriebes bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers | | | |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| ausgeübte Tätigkeit | | | |

23 Als Arbeitssuchende / Arbeitssuchender: Hatten Sie bzw. der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls eine neue Beschäftigung in Aussicht?

| | | | |
|---|------|--------------------------|----|
| Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers | | | |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |

24 Hat sich Ihr Einkommen durch den Unfall nach Wiederaufnahme der Beschäftigung gemindert?

| | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
|--------------------------|------|--------------------------|----|

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

25 Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Angaben zu den behandelnden Ärzten

26 Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfallfolgen / Schadensfolgen in Behandlung?
(Bitte Namen, Anschrift sowie die Fachrichtung des Arztes / der Ärzte, z. B. Orthopädie, angeben.)

| |
|--|
| |
| |

27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?

| | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Namen, Anschrift des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, z. B. Unfallchirurgie, angeben | |
| | |
| | |
| | |

28 Wer ist Ihr Hausarzt? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung des Hausarztes, z. B. Orthopädie, angeben.)

| |
|--|
| |
| |

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Folgende ärztliche Unterlagen sind beigefügt:

Krankenhausentlassungsbericht

Befundbericht

Durchgangsarztbericht

Gutachten

Operationsbericht

Ich bitte um Rücksendung von mir beigefügter Originalunterlagen.

Sämtliche Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Rentenversicherung von den unter Ziffer 26, 27 und 28 genannten Ärzten / Krankenhäusern Befundberichte einholt und diese sowie die von mir beigefügten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (z. B. der Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen.

Bitte geben Sie für eventuell notwendige Nachfragen Ihre Telefonnummer an!

Ort, Datum

Telefon-Nr.

Unterschrift