



# 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