

Unfallbedingte Behandlung

- Abgeschlossen oder weiterhin erforderlich?
 Alle Belege eingereicht oder weitere Belege folgen?

Unfallverursachung

Beteiligung anderer Personen am Unfall Name, Anschrift, Art der Unfallbeteiligung:	<input type="checkbox"/> Andere Person(en)	<input type="checkbox"/> Keine andere Person(en)
Unfall verursacht durch Grund des Verschuldens durch andere Person(en):	<input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Andere Person(en)
Haftpflichtversicherung der anderen Person(en) (Name, Anschrift, Vertrags- und Schadennummer):		
Zeuge(n) des Vorfalles (Name, Anschrift)		

Polizei / Staatsanwaltschaft

Aufnahme durch Polizei Dienststelle, Aktenzeichen / Tagebuchnummer:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ermittlung durch Staatsanwaltschaft Anschrift, Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eigener Rechtsbeistand Name, Anschrift, Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Weitere Ansprüche

Bereits erhobene Ansprüche Wann? Gegen?	<input type="checkbox"/> Schadensersatz	<input type="checkbox"/> Schmerzensgeld	<input type="checkbox"/> Sonstiges: (Bitte benennen)
Verhandlung / Prozess Abgeschlossen Wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Ergebnis:	<input type="checkbox"/> Urteil (Bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Vergleich (Siehe Informationsblatt!)	
Weitere bestehende Krankenversicherungen Name, Anschrift, Versicherungsnummer:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gestellte Ansprüche (Bitte benennen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Nähere Informationen:

Art des Unfalls

- Arbeitsunfall
 Verkehrsunfall
 Körperverletzung
 Sonstiger Unfall / Behandlungsfehler

Details zum Unfallgeschehen

Die Abschnitte sind jeweils nur auszufüllen, wenn die Art des Unfalls zutrifft.

• **Arbeitsunfall / Ehrenamt / Gesetzliche Unfallversicherung**

Während Ausübung der beruflichen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Auf dem Weg von / zur Arbeitsstätte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der zuständigen Berufsgenossenschaft, Meldedatum, Aktenzeichen		
Während Ausübung einer sonstigen Tätigkeit (z. B. Ehrenamt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte genau benennen (sh. a. Hinweise unter Service – Rechnungen einreichen):		
Bitte Name und Anschrift der zuständigen Dienststelle / Einrichtung angeben:		

• **Verkehrsunfall / Unfall in Verkehrsmitteln**

- als Kfz-Fahrer
 als Mitfahrer
 als Kradfahrer
 als Krad-Mitfahrer
 als Radfahrer
 als Fußgänger
 während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel – Verkehrsbetrieb, Strecke, Linie:

Sonstiges: _____

Unfallbeteiligte - Bitte auch bei selbst verschuldeten Unfällen angeben!

	Daten der verletzten Person	Daten der beteiligten anderen Personen
Namen und Anschriften der Halter aller am Unfall beteiligten Fahrzeuge		
Polizeiliche Kennzeichen aller Fahrzeuge		
Haftpflichtversicherung aller Beteiligten (Name, Anschrift, Vertrags- und Schadennummer)		

• **Körperverletzung (Tätlichkeiten, sexuelle Gewalt u. ä.)**

Strafanzeige gestellt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann?		
Weitere Details zu den genauen Gegebenheiten:		

• **Sonstiger Unfall / Behandlungsfehler**

<input type="checkbox"/> durch Tiere (auch Reitunfälle): Tierart: Name und Anschrift des Tierhalters: Haftpflichtversicherung des Tierhalters (Name, Anschrift, Vertrags- und Schadennummer):	<input type="checkbox"/> in Gebäuden, auf Straßen und Grundstücken: (Gebäude/ Treppe/ Grundstück/ öffentlicher Gehweg/ Fahrbahn) <input type="checkbox"/> Ursache Schäden (Bitte benennen - z.B. defekte Stufen, große Unebenheiten, fehlender Handlauf, Verschmutzung): <input type="checkbox"/> Ursache Laub-/ Winterglätte Geräumt/ Gestreut <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Haus- oder Grundstückseigentümer (Name, Anschrift):
---	---

<input type="checkbox"/> Vergiftung <input type="checkbox"/> Lebensmittel <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Pflanzen <input type="checkbox"/> Inhalation von Gasen <input type="checkbox"/> Sonstiges: (Bitte benennen) Name und Anschrift des Verantwortlichen: (z. B. Restaurant, Apotheke, Anlagenbetreiber)	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Kunstfehler / Behandlungsfehler Name und Anschrift sowie Haftpflichtversicherung und Schadennummer des Behandlers: Lfd. Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtschäden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anschrift Schlichtungsstelle und Schadennummer:
--	--

<input type="checkbox"/> Sportunfall <input type="checkbox"/> Privat oder <input type="checkbox"/> Verein Unfallversicherung über Verein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name und Anschrift des Vereins: Bitte Versicherungsbedingungen der Unfallversicherung beifügen!	<input type="checkbox"/> Haushaltsunfall <input type="checkbox"/> Eigener oder <input type="checkbox"/> fremder Haushalt Anschrift fremder Haushalt:	<input type="checkbox"/> Spielunfall / Kinder <input type="checkbox"/> Allein oder <input type="checkbox"/> mit Anderen Name, Anschrift der Aufsichtspflichtigen:
--	--	---

Das Informationsblatt über die rechtlichen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift(en) Versicherungsnehmer	(und verletzte Person über 18 J.)
------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Informationsblatt – Rechtliche Hinweise

Haben Sie durch das Ereignis Ersatzansprüche gegen Dritte erlangt (wie z. B. den Hundehalter, Schädiger oder andere Haftende), so gehen jedenfalls die Ansprüche auf Erstattung von Heilbehandlungskosten auf uns über, soweit wir Leistungen aus dem Versicherungsvertrag an Sie erbracht haben. Diese Kosten machen wir dann in der Regel als Regress bei dem jeweiligen Schädiger bzw. dessen Haftpflichtversicherung geltend. Ihre Mitwirkung hierzu, z.B. dass Sie uns Informationen zum Schadenshergang und zu beteiligten Personen geben oder aber auch Ihre Ansprüche nicht fahrlässig in die Verjährung laufen lassen, ist für Sie verpflichtend und folgt aus § 86 VVG.

Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte nach § 11 AVB

Beachten Sie bitte § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB):

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der gesetzlichen Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in Ziffer 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Unsere Empfehlung

Um das Risiko des Verlustes Ihres Leistungsanspruches und finanzielle Nachteile zu vermeiden, sollten Sie **unbedingt** vor Abschluss eines gerichtlichen oder außergerichtlichen Vergleiches unsere Zustimmung hierzu einholen und bereits bei der Formulierung des Vergleiches darauf achten, dass Schadenersatzansprüche aufgrund unfallbedingter Heilbehandlungskosten, deren Erstattung Sie bei uns beantragen, **nicht** von dem Vergleich erfasst werden. Um ganz sicher zu gehen empfehlen wir Ihnen, uns den Vergleichstext im Rahmen der Einholung unserer Zustimmung direkt zur Prüfung vorzulegen.

Landeskrankenhilfe V.V.a.G. · 21332 Lüneburg

Hauptverwaltung

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
21332 Lüneburg

Telefon: (0 41 31) 7 25-0
Telefax: (0 41 31) 40 34 02
Internet: www.LKH.de

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Datum

Betroffene Person:

Entbindung von der Schweigepflicht

Sind weitere Personen an einem Unfall beteiligt, kann es erforderlich sein, Regressansprüche anzumelden, um die Versichertengemeinschaft der Landeskrankenhilfe zu entlasten. Zur Prüfung der Ansprüche ist es dann unumgänglich, im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Daten an den Anspruchsgegner oder die gegnerische Versicherung, ggf. auch an Polizei oder Staatsanwaltschaft weiterzuleiten.

Zu dieser Weitergabe benötigen wir die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Versicherungsnehmer (m/w/d) und auch durch die betroffene versicherte Person (falls diese nicht Versicherungsnehmer ist), da dabei Gesundheits- und sonstige geschützte Daten übermittelt bzw. offenbart werden. Zu diesem Zweck haben wir nachstehend eine entsprechende Erklärung vorbereitet, um deren Unterzeichnung und Rücksendung wir Sie bitten. Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, welche Dokumente an welche Stellen weitergeleitet wurden.

Zum o. g. Zweck entbinde ich die LKH bzw. die für diese tätigen Personen und die anzuschreibenden weiteren Personen, Institutionen oder Organisationen von ihrer Schweigepflicht bezüglich meiner Gesundheits- und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten. Diese Schweigepflichtentbindungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der betroffenen Person über 14 Jahre