

## Unfallfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

Regulär Arbeitsbeginn: \_\_\_\_\_ Regulär Arbeitsende: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Beamtenstatus:  Ja  Nein Selbstständig:  Ja  Nein

Name der Firma/Schule/Universität: \_\_\_\_\_

Seit wann in der Firma/Schule/Universität beschäftigt: \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ/Ort der Firma/Schule/Universität: \_\_\_\_\_

Zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

Unfall geschah:  auf dem Weg zur Arbeit  auf dem Heimweg von der Arbeit  
 auf der Arbeit  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber wurde informiert?  Ja  Nein

Detaillierte Beschreibung des Unfallhergangs (Bitte keine Ortsangaben):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Äußere Verletzungszeichen (Hautabschürfung, Hämatome o.ä.)?  
 \_\_\_\_\_

Verhalten nach dem Unfall:  
 \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der Arbeitseinstellung (Uhrzeit)? \_\_\_\_\_

Wurde dieser Unfall vorher woanders behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, wo oder durch wen?  
 \_\_\_\_\_

### Patienteninformation zum Datenschutz

Liebe/r Patient/in,

Ärzte, die eine Heilbehandlung nach §34 SGB VII durchführen, sind durch den Gesetzgeber nach §201 SGB VII verpflichtet, Daten über die Behandlung und den Zustand des Versicherten sowie andere personenbezogenen Daten, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist, zu erheben, zu speichern und an die Unfallversicherungsträger zu übermitteln.

Ebenso besteht die Verpflichtung, Daten zu erheben, zu speichern und zu übermitteln, die für die Entscheidung, eine Heilbehandlung nach §34 SGB VII durchzuführen, maßgeblich waren.

Sie, als die/der Versicherte, haben das Recht, vom Unfallversicherungsträger zu verlangen, über diese von den Ärzten übermittelten Daten unterrichtet zu werden. §25 Abs. 2 SGB X gilt entsprechend.

Soweit die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen und die Krankenkassen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen, dürfen die betreffenden Daten auch an diese Stellen übermittelt werden.

Bitte nehmen Sie diese Hinweise zur Kenntnis und bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift unter dieser Information, dass Sie über diesen Sachverhalt aufgeklärt worden sind!

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten