



UNFALLVERSICHERUNG

Schlussbericht

Unfall vom:	Polizzen-Nummer:	Schaden-Nummer:

VersicherungsnehmerIn:

Familiename, Vorname, Titel

Telefonnummer

Postleitzahl

Ort, Straße, Hausnummer

Versicherte (unfallbetroffene) Person:

Familiename, Vorname, Titel

Geburtsdatum

Postleitzahl

Ort, Straße, Hausnummer

Sollten Ihnen Untersuchungsergebnisse vorliegen (Ambulanzberichte, FA-Befunde, MRT, ...) ersuchen wir um Übermittlung.

Angaben des behandelnden Arztes:

Unfallfolgen: Bitte beschreiben Sie die Art der Verletzung (Diagnose) _____

Hat der Unfall eine objektivierbare bzw. messbare Funktionseinschränkung hinterlassen (bleibende Invalidität)?

ja möglicherweise nein

Wenn ja, worin besteht diese? _____

Arbeitsunfähigkeit

völlige Arbeitsunfähigkeit 100%ige von _____ bis einschließlich _____

teilweise Arbeitsunfähigkeit _____%ige von _____ bis einschließlich _____

_____ %ige von _____ bis einschließlich _____

Stand der/die Verletzte in stationärer Behandlung?

nein

ja

Krankenhaus: _____

von _____ bis _____

Stand der/die Verletzte seit dem Unfall bei Ihnen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung und hat er/sie Ihre Weisungen befolgt?

nein

ja

Bei welchen Ärzten, in welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. stand der/die Verletzte außerdem noch in Behandlung? _____

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich beeinträchtigt, wie z. B. alte Verletzungen oder Degenerationen (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkungen, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Welche ärztlichen Behandlungen bzw. physikalischen Therapien wurden seit dem Unfall durchgeführt?

Stehen Heilmaßnahmen noch bevor? (z. B. Rehabilitation, Entfernen von Nägeln usw.)

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Ist durch eine besondere Heilbehandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des/der Verletzten zu erreichen?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Ist die Behandlung endgültig abgeschlossen?

ja

nein

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Kärntner Landesversicherung auf Gegenseitigkeit

A 9020 Klagenfurt am Wörthersee · Domgasse 21 · Telefon 0463/5818-0 · Fax: 0463/5818-600 · E-Mail: anfragen@klv.at · DVR 0027511 · FN 97361 d
LG Klagenfurt UID: ATU 25275706 · Bankverbindung: BKS · Konto-Nr. 100-112876 · BLZ 17000 · IBAN: AT73 1700 0001 0011 2876 · BIC: BFKKAT2K