



## Riffler® Unternehmensberatung Ges.m.b.H

Werdenbergerstr. 39a, A-6700 Bludenz, Tel: 0 55 52 / 32 565, Fax: 0 55 52 / 32 565 – 7  
www.riffler-max.at

### SCHADENANZEIGE für einen *Unfall-SCHADEN*

<b>Polizzenummer:</b>	
<b>Schadennummer:</b>	

<b>Unfallzeitpunkt:</b>	
Unfallort:	
Aufnehmende Polizeidienststelle:	
Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall:	

VERSICHERUNGSNEHMER	DATEN DES VERLETZTEN
	<i>Beruf:</i>

### Bericht über den Unfallhergang:

Genauere Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen:	
Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?	
Spitalsbehandlung: <b>stationär:</b> vom                      bis	<b>ambulant:</b> vom                      bis
Name und Anschrift des behandelnden Arztes:	
Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?	
Angaben über frühere Unfälle; Kriegsverletzungen und Gebrechen mit jetzigen Folgen:	

### ERKLÄRUNG

Ich entbinde die behandelnden Ärzte, Krankenanstalten und Versicherungen von der ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht und ermächtige ausdrücklich die Riffler Unternehmensberatung GmbH, sowie die oben angeführte Versicherung, Abschriften der Krankengeschichte/Ambulanzprotokolle oder Gutachten bzw. sonstiger bezughabender Unterlagen (auch aus dem Schadenakt der Versicherung und Krankenakten) zu beschaffen. Ich bin über mein Recht, die Zustimmung jederzeit widerrufen zu können, informiert.

-----  
**Bitte beachten Sie: Alle Fragen sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

Anfangsbericht des behandelnden Arztes mit Stempel und Unterschrift des Arztes im Zusammenhang mit dem Vorfall laut Seite 1:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

**Nur vom Arzt auszufüllen!**

Der oben angeführte Patient war vom ..... bis ..... voll arbeitsunfähig.

Davon in stationärer Pflege vom ..... bis .....

**DIAGNOSE:** .....

.....

Sind Dauerfolgen zu erwarten:       ja       nein       möglicherweise

.....  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)