

**Unfalldatenblatt – Personenschaden**

---

**Art und Umfang der Verletzung:**

Verletzungen:

.....  
.....

stationärer Behandlung von : ..... bis / noch offen: .....

Arbeitsunfähigkeit von : ..... bis / noch offen: .....

**Erstbehandelnder Arzt:**

Name des Arztes / Krankenhauses : .....

Anschrift : .....

Behandlung abgeschlossen? : ja / nein

**weiterbehandelnde Ärzte:**

Name des Arztes / Krankenhauses : .....

Anschrift : .....

Behandlung abgeschlossen? : ja / nein

Name des Arztes / Krankenhauses : .....

Anschrift : .....

Behandlung abgeschlossen? : ja / nein

Name des Arztes / Krankenhauses : .....

Anschrift : .....

Behandlung abgeschlossen? : ja / nein

**Arbeits- / Wegeunfall:** : ja / nein