

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>



## Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII

# F0870

**Hinweis:** Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsformulare auch im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

**Allgemeine Angaben zum Unfall beziehungsweise Schadensereignis**

### 2 Unfalldatum und Ort

Unfalldatum	Uhrzeit
Unfallort (Ort, Straße oder kurze Beschreibung des Unfallortes)	

### 3 Art des Schadensereignisses

<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Wegeunfall zum oder vom Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> Unfall durch Schneeglätte oder Eisglätte	<input type="checkbox"/> Sportunfall	<input type="checkbox"/> Unfall im Haushalt
<input type="checkbox"/> sonstiges Schadensereignis (zum Beispiel ärztlicher Kunstfehler, Schlägerei / Überfall, Verletzung durch Tiere)		

### 4 Schildern Sie bitte den Unfallhergang (möglichst mit Unfallskizze, gegebenenfalls auf einem gesonderten Blatt).

### 5 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen!

Bitte geben Sie die durch den Unfall erlittenen Verletzungen an.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

**6 Nur von der / dem Versicherten auszufüllen! Liegen noch Beschwerden vor?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
---

**7 Ist der Unfall nach Ihrer Ansicht zurückzuführen**

<input type="checkbox"/> auf eigenes Verschulden <input type="checkbox"/> auf fremdes Verschulden
Name, Anschrift des Verursachers beziehungsweise Mitverursachers
<input type="checkbox"/> Die Schuldfrage kann nicht beurteilt werden.

**8 Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?**

<div style="text-align: center;">Polizeidienststelle</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen
--	--------------

**9 Ist oder war bei der Staatsanwaltschaft oder bei Gericht ein Ermittlungsverfahren / Strafverfahren anhängig?**

<div style="text-align: center;">Staatsanwaltschaft / Gericht</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen
---	--------------

**10 Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht oder streben Sie dies noch an?**

<div style="text-align: center;">Schädiger (Name, Anschrift)</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen
<div style="text-align: center;">Haftpflichtversicherer (Name, Anschrift)</div>	Aktenzeichen

**11 Wurde der Schaden bereits durch den Schädiger beziehungsweise Haftpflichtversicherer reguliert?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> laufendes Verfahren
--

**12 Ist oder war eine Schadensersatzklage bei Gericht anhängig?**

<div style="text-align: center;">Gericht</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen
--	--------------

**13 Haben beziehungsweise hatten Sie einen Rechtsanwalt / Rechtsbeistand mit der Wahrnehmung Ihrer rechtlichen Interessen beauftragt?**

<div style="text-align: center;">Name, Anschrift</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen
--	--------------

**14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?**

<div style="text-align: center;">Name, Anschrift der Berufsgenossenschaft</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen
---	--------------



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

**15 Bei Schlägerei / Überfall: Haben Sie Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) geltend gemacht?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgender Stelle:	Aktenzeichen
--	--------------

**Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen**

**16 Waren Sie beziehungsweise war der Versicherte**

<input type="checkbox"/> Fahrerin / Fahrer des Unfallfahrzeuges	<input type="checkbox"/> Insassin / Insasse des Fahrzeuges	<input type="checkbox"/> Motorradfahrerin / Motorradfahrer
<input type="checkbox"/> Motorradbeifahrerin / Motorradbeifahrer	<input type="checkbox"/> Radfahrerin / Radfahrer	<input type="checkbox"/> Fußgängerin / Fußgänger
Angaben zum eigenen Fahrzeug beziehungsweise zu dem Kfz, in dem Sie / Ihr Angehöriger sich befanden.		
Halter (Name, Anschrift)		
Fahrer (Name, Anschrift)		
polizeiliches Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Aktenzeichen
Angaben zum gegnerischen Fahrzeug		
Halter (Name, Anschrift)		
Fahrer (Name, Anschrift)		
polizeiliches Kennzeichen	Haftpflichtversicherung	Aktenzeichen
Für den Fall, dass der Unfall durch Angehörige der Stationierungstreitkräfte verursacht wurde:		
Wurde der Unfall bei der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben - Schadensregulierungsstelle - gemeldet?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum der Meldung:		
Anschrift		Aktenzeichen

**Nur auszufüllen bei Unfällen durch Schnee oder Glatteis**

**17 Um welche Uhrzeit genau hat sich der Unfall ereignet?**

Uhrzeit
---------



Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Kennzeichen (soweit bekannt): \_\_\_\_\_

**18 Geben Sie bitte die konkreten Witterungsverhältnisse während des Schadensereignisses an (zum Beispiel Blitzes, Eisregen, Schneefall oder Ähnliches).**

	Wann fiel der letzte Niederschlag?
--	------------------------------------

## 19 Der Unfall ereignete sich

	Ort, Straße, Hausnummer
<input type="checkbox"/>	auf dem Gehweg
<input type="checkbox"/>	auf der Straße
<input type="checkbox"/>	außerhalb einer Ortschaft

**20 War die Unfallstelle geräumt oder gestreut?**

☐ nein ☐ ja

**21 Ist der Unfall dem Grundstückseigentümer gemeldet worden?**

Name, Anschrift ☐ nein ☐ ja

**Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Versicherten beziehungsweise Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls**

**22 Hatten Sie bzw. der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?**

Art des Betriebes beziehungsweise Name und Anschrift des Arbeitgebers

☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

**23 Als Arbeitssuchende / Arbeitssuchender: Hatten Sie beziehungsweise der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls eine neue Beschäftigung in Aussicht?**

☐ nein ☐ ja

**24 Hat sich Ihr Einkommen durch den Unfall nach Wiederaufnahme der Beschäftigung gemindert?**

☐ nein ☐ ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**25 Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?**

☐ nein ☐ ja

### Angaben zu den behandelnden Ärzten

**26 Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfallfolgen / Schadensfolgen in Behandlung?**  
(Bitte Name, Anschrift sowie die Fachrichtung des Arztes / der Ärzte, zum Beispiel Orthopädie, angeben.)


**27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Anschrift des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, zum Beispiel Unfallchirurgie, angeben

**28 Wer ist Ihr Hausarzt?** (Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung des Hausarztes, zum Beispiel Orthopädie, angeben.)




Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div>	<div></div>

**Folgende ärztliche Unterlagen sind beigelegt:**

☐

Krankenhausentlassungsbericht

☐

Befundbericht

☐

Durchgangsarztbericht

☐

Gutachten

☐

Operationsbericht

☐

Ich bitte um Rücksendung von mir beigelegter Originalunterlagen.

Sämtliche Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet.

**Bitte geben Sie für eventuell notwendige Nachfragen Ihre Telefonnummer an:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ich willige darin ein, dass die Deutsche Rentenversicherung von den unter Ziffer 26, 27 und 28 genannten Ärzten / Krankenhäusern Befundberichte einholt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen.**

**Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Information:**

Die Deutsche Rentenversicherung darf die Befundberichte der Ärzte und die von Ihnen beigelegten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel der Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlassen, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§ 69 Absatz 1 in Verbindung mit § 76a der Absatz 2 Ziffer 1a SGB X).

