

Versicherungsnummer | Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

**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. 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 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)

--

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

nein ja, welche

7 Ist der Unfall nach Ihrer Ansicht zurückzuführen

auf eigenes Verschulden auf fremdes Verschulden

Name, Anschrift des Verursachers beziehungsweise Mitverursachers

Die Schuldfrage kann nicht beurteilt werden.

8 Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

Polizeidienststelle

nein ja

Aktenzeichen

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

Staatsanwaltschaft / Gericht

nein ja

Aktenzeichen

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

Schädiger (Name, Anschrift)

nein ja

Haftpflichtversicherer (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

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

nein ja laufendes Verfahren

12 Ist oder war eine Schadensersatzklage bei Gericht anhängig?

Gericht

nein ja

Aktenzeichen

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

Name, Anschrift

nein ja

Aktenzeichen

14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

Name, Anschrift der Berufsgenossenschaft

nein ja

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 Stationierungsstreitkräfte verursacht wurde:

Wurde der Unfall bei der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben - Schadensregulierungsstelle - gemeldet?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum der Meldung:	Aktenzeichen
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 Blitzschlag, Eisregen, Schneefall oder ähnliches).

Wann fiel der letzte Niederschlag?

19 Der Unfall ereignete sich

Ort, Straße, Hausnummer

auf dem Gehweg

auf der Straße 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?

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers

nein ja

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

Page 1



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.)

10. The following table summarizes the results of the study. The first column lists the variables, the second column lists the sample size, and the third column lists the estimated effect sizes.

27 Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?

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

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

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4238 or visit www.cancer.gov.



Versicherungsnummer | Kennzeichen
(soweit bekannt)

Folgende ärztliche Unterlagen sind beigefügt:

- 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 beigefügten 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).

