



Bitte beantworten Sie die Fragen 9 – 10.6,  
wenn Sie bei der Continentale **krankenversichert** sind!

9. **Schuldfrage:** (Bitte geben Sie bei Minderjährigen auch die Anschrift der gesetzlichen Vertreter und bei Fahrzeugführern die Anschrift des Fahrzeughalters an.)

9.1  Allein- oder Hauptschuldiger  
▼ Name/Anschrift  
▼ Haftpflchtversicherung/Anschrift ▼ Versicherungs-Nummer ▼ Schadenbearbeitungs-Nummer

9.2  Mitschuldiger  
▼ Name/Anschrift  
▼ Haftpflchtversicherung/Anschrift ▼ Versicherungs-Nummer ▼ Schadenbearbeitungs-Nummer

9.3  Sonstige Beteiligte  
▼ Name/Anschrift  
▼ Haftpflchtversicherung/Anschrift ▼ Versicherungs-Nummer ▼ Schadenbearbeitungs-Nummer

10. **Schadenersatzfrage:**

10.1 Wurde die Kostenersatzpflicht durch Schuldige oder Schadenersatzpflichtige anerkannt?  ja  nein

10.2 Wurde eine gerichtliche Entscheidung beantragt?  ja  nein

10.3 Liegt ein Gerichtsurteil vor?  
▼ Inhalt des Urteils/Kurzform (ggf. Abschrift beifügen)  ja  nein

10.4 Wurde die Schadenersatzfrage bereits geregelt?  
▼ ggf. mit wem und in welcher Weise?  ja  nein

10.5 Schweben noch Verhandlungen?  
▼ ggf. mit wem (Name/Anschrift)?  ja  nein

10.6 Zur Wahrnehmung meiner Interessen wurde beauftragt (z. B. Rechtsanwalt)  
▼ Name/Anschrift

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet. Für den Inhalt bin ich verantwortlich.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken, in diesem Falle bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Meine Schadenersatzansprüche aus diesem Unfall gehen in Höhe des Kostenersatzes der Continentale Krankenversicherung a. G. auf diese über. Mir ist bekannt, daß ich insoweit über Ersatzansprüche nicht verfügen darf. Die Continentale Krankenversicherung a. G. ist berechtigt, dem Schädiger, dessen Haftpflchtversicherung oder anderen Dritten Kopien der unfallbedingten Belege zum Nachweis vorzulegen.

Für den Fall, daß meine Verletzungen als Schädigungsfolgen im Sinne des OEG (Opferentschädigungsgesetz) anzusehen sind, stelle ich hiermit den Antrag auf Entschädigung nach diesem Gesetz.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten ab 16 Jahre  
bzw. der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des Versicherungsnehmers



# Ärztlicher Erstbericht zu einer privaten Unfallversicherung

Continentale Sachversicherung AG

Direktion  
Ruhrallee 92-94 · D-44139 Dortmund  
Telefon: 02 31/9 19-23 13  
Telefax: 02 31/9 19-25 22

**Abteilung** Unfall-Schaden (kd-s-u)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,  
bitte berichten Sie uns über diesen Unfall und seine Folgen. Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht befindet sich umseitig.  
Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

  
Bauer

  
Dr. Heidel

## 1. Angaben über das Unfall- ereignis

1.1 Unfalltag      Uhrzeit      1.2 Unfallhergang?

1.3  Berufsunfall       Freizeitunfall

## 2. Diagnose

## 3. Behandlung

3.1 Behandlungsbeginn bei Ihnen?      Datum      Uhrzeit      3.2 ist die Behandlung abgeschlossen?      voraussichtlich  
 ja, am       nein      am

## 4. Tagegeld

4.1 Zuletzt ausgeübter Beruf (Tätigkeit)      4.2 Beeinträchtigung durch den Unfall in diesem Beruf (Tätigkeit)?

	zu	%	vom	bis
	zu	%	vom	bis
	zu	%	vom	bis
	zu	%	vom	bis

## 5. Kranken- haus- tagegeld

5.1 War eine stationäre Behandlung wegen **des Unfalles** erforderlich?  
 nein       ja,      vom      bis      5.2 Ist eine erneute stationäre Behandlung vorgesehen?  
 ja       nein

5.3 Handelt es sich um eine vollstationäre Behandlung?       ja       nein

## 6. Invalidität

6.1 Wird der Unfall voraussichtlich eine dauernde Beeinträchtigung (Invalidität) hinterlassen?  
 nein       ja

6.2 Ist eine völlige Wiederherstellung zu erwarten?       nein       ja

6.3 Ist eine völlige Wiederherstellung eingetreten?       nein       ja

6.4 Wurde Alkohol- oder Rauschmittelgenuß festgestellt?       nein       ja

6.5 Wurde eine Blut-/Urinprobe entnommen?       nein       ja

6.6 ggf. Ergebnis in ‰  
Blutprobe:      Urinprobe:

## 7. Andere Versicherer

7.1 Welcher gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung oder anderen Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen und Anschriften)?

## 8. Unterschrift

Sind Sie mit der Herausgabe des Berichtes an die verletzte Person einverstanden?       ja       nein

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes