



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

R870

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

1 Allgemeine 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 Schnee- 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.

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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Polizeidienststelle	Aktenzeichen
-------------------------------	-----------------------------	---------------------	--------------

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Staatsanwaltschaft / Gericht	Aktenzeichen
-----------------------------------------------------------	------------------------------	--------------

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schädiger (Name, Anschrift)	Aktenzeichen
	Haftpflichtversicherer (Name, Anschrift)	

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?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gericht	Aktenzeichen
-----------------------------------------------------------	---------	--------------

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift	Aktenzeichen
-----------------------------------------------------------	-----------------	--------------

14 Wurde der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------	--------------

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	

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

18 Geben Sie bitte die konkreten Witterungsverhältnisse während des Schadensereignisses an (zum Beispiel Blitzeis, 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 <input type="checkbox"/>

20 War die Unfallstelle geräumt oder gestreut?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

21 Ist der Unfall dem Grundstückseigentümer gemeldet worden?
Name, Anschrift
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

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

22 Hatten Sie beziehungsweise der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?
Art des Betriebes beziehungsweise Name und Anschrift des Arbeitgebers
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

24 Hat sich Ihr Einkommen durch den Unfall nach Wiederaufnahme der Beschäftigung gemindert?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

25 Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Angaben zu den behandelnden Ärzten

Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfall- / Schadensfolgen in Behandlung?

26 (Bitte Name(n), Anschrift(en) sowie die Fachrichtung des Arztes / der Ärzte, zum Beispiel Orthopädie, angeben.)

27 **Hatten Sie einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt?**

nein ja

Name(n), Anschrift(en) des Krankenhauses / der Krankenhäuser sowie den Zeitraum und die Fachabteilung, zum Beispiel Unfallchirurgie, angeben

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

Folgende ärztliche Unterlagen sind beigefügt: Krankenhausentlassungsbericht Befundbericht
 Durchgangsarztbericht Gutachten
 Operationsbericht

Ich bitte um Rücksendung von mir beigefügter Originalunterlagen.

Sämtliche Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Rentenversicherung von den unter Ziffer 26, 27 und 28 genannten Ärzten / Krankenhäusern Befundberichte einholt und diese sowie die von mir beigefügten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel der Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen.

Bitte geben Sie für eventuell notwendige Nachfragen Ihre Telefonnummer an!

Ort, Datum

Telefon-Nr.

Unterschrift