

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--



Deutsche Rentenversicherung

F0870

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

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 Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

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?

<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
---	---------------------	--------------

9 Ist oder war bei der Staatsanwaltschaft oder bei Gericht ein Ermittlungsverfahren / 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 bzw. 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
---	--	--------------



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 bzw. 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 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 bzw. der Versicherte Einkünfte aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis oder aus einer selbständigen Tätigkeit?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art des Betriebes beziehungsweise Name und Anschrift des Arbeitgebers
	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



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

25 Wurde das Beschäftigungsverhältnis wegen des Unfalls beendet?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Angaben zu den behandelnden Ärzten

26 Bei welchen Ärzten waren / sind Sie wegen der Unfallfolgen / Schadensfolgen in Behandlung?
 (Bitte Namen, 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

Namen, Anschrift 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.)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 und diese sowie die von mir beigelegten ärztlichen Unterlagen erforderlichenfalls dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel der Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen.

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

Ort, Datum

Unterschrift

