

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Unfallmeldung bei Pflegebedürftigkeit

**Persönliche Daten der verletzten Person,
die bei der PBeaKK versichert ist.**

Vorname

Name

Geburtsdatum

Angaben zum Unfallzeitpunkt

Datum

Uhrzeit

Angaben zur Verletzung

Körperteil und Art der Verletzung (z. B.
Oberschenkelhalsbruch, Gehirnerschütterung o.ä.)

Angaben zur Unfallstelle

(Patientenzimmer, Bad, Toilette,
Gemeinschaftsraum usw.)

Beschreibung des Unfallhergangs

Kurze Darstellung der zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Tätigkeit, des Unfallhergangs und der Unfallursache

**Ich kann keine Angaben zum Unfallhergang
machen:**

Ich habe das Sturzprotokoll beigefügt

Ja

Nein

Ich werde das Sturzprotokoll anfordern und Ihnen
zukommen lassen

Ja

Nein

Angaben zum Pflegeheim

Name
Anschrift

Angaben zur Haftpflichtversicherung des Pflegeheims

Name
Anschrift
Versicherungs-
oder Schaden-Nr.

Weitere Angaben

War zum Schadenszeitpunkt Pflegepersonal anwesend? Ja Nein

Der Schaden ereignete sich bei folgender Pflegeverrichtung
(z.B. Transfer, Waschen, Umsetzen usw.)

Angaben zu Zeugen
(z.B. anwesendes Pflegepersonal, Zimmernachbar)

Vorname und Name
Anschrift

Wurden bereits vor dem Schadensereignis unfallverhütende Maßnahmen getroffen? Ja Nein

Art der unfallverhütenden Maßnahme
(z.B. Tragen von Sturzprotektoren, Anbringen eines Bettgitters, Fixierungen)

Angaben über ärztliche Leistungen

Ich habe bereits Aufwendungen bei der PBeaKK und Beihilfe geltend gemacht, die mit dem Unfall in Zusammenhang stehen. Ja Nein

Die Unfallbehandlung ist zwischenzeitlich abgeschlossen. Ja , am _____, Nein

Sonstige Angaben

Diesen Platz haben wir für Sie reserviert. Hier können Sie Angaben machen, welche aus Ihrer Sicht wichtig für die Bearbeitung des Schadensfalles sind.

Hinweis bei Regressansprüchen:

Sollte Ihnen vom Schadenverursacher eine vergleichsweise Regelung angeboten werden, verzichten Sie bitte nicht auf Ihre Ansprüche ohne Rücksprache mit uns.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. Bevollmächtigte/r