

Versicherung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Schadenr.

Angaben betroffene Person

Name

Vorname

Geburtsd.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Sachbearb.

Telefon

E-Mail

Schadentag

Anwaltliche Vertretung

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Aktenzeichen

Gewünschte Beratungsleistung

telefonische Heilverfahrensbegleitung

Check (Reha / Pflege / Bau)

Medizinische Reha-Beratung

Berufliche Reha-Beratung

Pflegeberatung / Pflegegutachten

Hilfsmittelberatung

Bau-Beratung

Sonstiges

Anmerkungen / Sonstiges

Haftung

geklärt

ungeklärt

DEE

liegt vor

liegt nicht vor

Befund- bericht

liegt vor

liegt nicht vor

Ort, Datum

Unterschrift