

Ausgefüllt zurück an:

-
Absender:

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Regionaldirektion Rheinland bzw. Westfalen-Lippe
Postfach
PLZ

Wegeunfall-Fragebogen (Versicherte)

Hinweis:

Bei Unfällen von Kindern in Tageseinrichtungen, Schülern oder Studierenden sind die auf Arbeitnehmer bezogenen Begriffe sinngemäß zu verstehen (z.B. Arbeitsstätte = Tageseinrichtung, Schule, Hochschule oder Ort der Schul- bzw. Hochschulveranstaltung).

Fragen	Antworten
1 Zeitpunkt und Ort des Unfalls	
1.1 Wann hat sich der Unfall ereignet?	Datum: _____ Uhrzeit: _____
1.2 Ihre Arbeitszeit am Unfalltag?	Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr
1.3 Ereignete sich der Unfall in der Arbeitspause?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Frage 1 auf dem Beiblatt beantworten.
1.4 Wo hat sich der Unfall ereignet (genaue Orts- und Straßenangaben)?	
1.5 An welcher Stelle (Fahrbahn, Gehweg, innerhalb oder außerhalb des Wohnhauses usw.)?	
2 Ausgangspunkt und Ziel des Weges	
2.1 Woher kamen Sie, als der Unfall geschah (z.B. Arbeitsstätte oder Wohnung mit genauer Anschrift)?	
2.2 Wohin wollten Sie (genaue Anschrift)?	
2.3 Wann haben Sie den Weg begonnen, auf dem sich der Unfall ereignete?	Bei Unfällen auf dem Weg zur Arbeitsstätte: Verlassen der Wohnung um _____ Uhr Arbeitsbeginn am Unfalltag _____ Uhr Bei Unfällen auf dem Weg von der Arbeitsstätte: Verlassen der Arbeitsstätte um _____ Uhr Tatsächliches Arbeitsende am Unfalltag _____ Uhr

Fragen		Antworten		
2.4	Welchen Weg nehmen Sie gewöhnlich von der Wohnung zur Arbeitsstätte bzw. umgekehrt? (Bitte genaue Orts- und Straßenangaben)			
2.5	Wie legen Sie den Weg gewöhnlich zurück (z.B. zu Fuß, mit dem Auto, Bus, S-Bahn, usw.)?			
2.6	Wie weit ist der gewöhnliche Weg?	Kilometer		
2.7	Wie viel Zeit nimmt er in Anspruch?	Stunde(n)	Minute(n)	
2.8	Ist dies der direkte Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
		Wenn nein, warum nahmen Sie nicht den direkten Weg?		
2.9	Welchen Weg haben Sie genommen, als sich der Unfall ereignete (genaue Orts- und Straßenangaben)?			
2.10	Falls Sie nicht den gewöhnlichen Weg genommen haben:			
2.10.1	Aus welchem Grund sind Sie abgewichen?			
2.10.2	Wie haben Sie den Weg zurückgelegt: (zu Fuß oder mit welchem Verkehrsmittel)?			
2.10.3	Um wie viel länger/zeitaufwendiger ist dieser Weg als der gewöhnliche Weg?	Kilometer/	Stunde(n)	Minute(n)
2.11	Haben Sie auf dem Weg Besorgungen, Besuche o. ä. (z.B. Einkauf, Arztbesuch, Gaststättenbesuch, Behördengang) gemacht oder machen wollen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, bitte Frage 2 auf dem Beiblatt beantworten.		

Bitte fügen Sie dem ausgefüllten Fragebogen einen Internetausdruck (Routenplaner) oder entsprechendes Kartenmaterial in Kopie bei. Bitte markieren Sie insb. Ausgangspunkt (**P**), Ziel (**Z**) und Unfallort (**U**) sowie ggf. zusätzlich Wohnung (**W**) und Arbeitsstätte (**A**) - sofern diese Örtlichkeiten von einander abweichen sollten -.

Den direkten Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstätte kennzeichnen Sie bitte mit einer gestrichelten Linie (- - - -), den Weg am Unfalltag mit durchgezogener Linie (-----).

- Hierdurch erleichtern Sie uns die versicherungsrechtliche Prüfung ungemein. -

3 Unfallhergang und Verletzungen

3.1	Wie ereignete sich der Unfall?			
3.2	Wer hat Sie begleitet (Name, Anschrift)?			
3.3	Wer war Augenzeuge des Unfalls (Name, Anschrift)?			

Fragen		Antworten			
3.4	Wer ist zuerst hinzugekommen (Name, Anschrift)?				
3.5	Wer hat erste Hilfe geleistet (Name, Anschrift)?				
3.6	Welchen Arzt/welches Krankenhaus haben Sie nach dem Unfall aufgesucht (Name, Anschrift)? Wann (Tag, Uhrzeit)?				
3.7	Welche Beschwerden/Unfallfolgen hatten Sie festgestellt?				
3.8	Haben Sie nach dem Unfall (weiter) gearbeitet? Wenn ja, bis wann (Tag und Uhrzeit)?	<input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja, bis	um		Uhr
3.9	Haben Sie die Arbeit wieder aufgenommen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja, am	um		Uhr
3.10	Welche Ärzte (bitte genaue Anschriften angeben) wurden aufgrund des oben angegebenen Unfalles aufgesucht?				
3.11	Stehen Sie derzeit noch wegen der Folgen des oben angegebenen Unfalles in ärztlicher Behandlung? Wenn ja bei welchem Arzt.				
3.12	a) Bei welchen Krankenkassen waren Sie in den letzten 10 Jahren versichert (Bitte Namen und genaue Anschrift sowie Mitglieds-Nummern angeben)? b) Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum des Hauptversicherten?				
3.13	Sind polizeiliche oder sonstige Feststellungen (z.B. durch Staatsanwaltschaft, Versicherungsgesellschaft) getroffen worden?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, von wem (Name, Anschrift, Aktenzeichen)?			
4 Unfallbeteiligte					
4.1	War an dem Unfall ein anderes Fahrzeug beteiligt?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, bitte Frage 3 auf dem Beiblatt beantworten.			
4.2	Ist der Unfall auf winterliche Straßenverhältnisse, schadhafte Wege, Gebäudemängel usw. zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, bitte Frage 4 auf dem Beiblatt beantworten.			
4.3	War an dem Unfall eine andere Person oder ein Tier beteiligt?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, bitte Frage 5 auf dem Beiblatt beantworten.			

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon-Nr. für Rückfragen

**Beiblatt
zum Wegeunfall-Fragebogen (Versicherte)**

Bitte nur das Erforderliche beantworten! –

Fragen		Antworten			
1 Der Unfall ereignete sich in der Arbeitspause					
1.1	Wie lange dauerte Ihre Arbeitspause?	Von	Uhr	bis	Uhr
1.2	Zu welchem Zweck hatten Sie den Arbeitsplatz verlassen?				
1.3	Wohin wollten Sie in der Arbeitspause?				
1.4	Wie weit ist dieser Ort von dem Arbeitsplatz entfernt?	Kilometer/	Stunde(n)		Minute(n)
2 Auf dem Weg wurden Besorgungen, Besuche o.ä. gemacht.					
2.1	Welche und wo (genaue Bezeichnung bzw. Anschrift)?				
2.2	Aus welchem Grund?				
2.3	Wie lange haben oder hätten Sie sich dort aufgehalten?	Von	Uhr	bis	Uhr
2.4	Ereignete sich der Unfall vor, während oder nach der Besorgung, dem Besuch usw.?	<input type="checkbox"/> vor	<input type="checkbox"/> während	<input type="checkbox"/> danach	
2.5	Haben Sie vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
		Wenn ja, welche und in welchen Mengen?			

Fragen	Antworten	
3 An dem Unfall waren andere Fahrzeuge beteiligt.		
	(1.) Fahrzeug	(2.) Fahrzeug
3.1 Art der Fahrzeuge		
3.2 Polizeiliche Kennzeichen / Nationalität		
3.3 Wurden Rechtsanwälte eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte Namen und Anschrift angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte Namen und Anschrift angeben.
4 Der Unfall war auf winterliche Straßenverhältnisse, schadhafte Wege, Gebäudemängel usw. zurückzuführen.		
4.1 Worauf genau?		
4.2 Wen trifft Ihres Erachtens die Verkehrssicherungspflicht (z.B. Streupflicht) an der Unfallstelle (Name, Anschrift)		
5 An dem Unfall war eine andere Person oder ein Tier beteiligt.		
5.1 In welcher Weise		
5.2 Wie lautet der Name und die Anschrift der Person oder des Tierhalters?		
5.3 Bei welcher Versicherung ist der andere Beteiligte versichert (Name und Anschrift der Versicherung, Versicherungsschein-Nr.)?		