

Ausgefüllt zurück an:

-
Absender:

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Regionaldirektion Westfalen-Lippe
Postfach 59 67
48135 Münster

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.)? | | |