



## Zahnunfallanzeige

(vom Mitglied bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

### 1. Verletzte Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kundennummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Teilzeit Job \_\_\_\_\_  
Name und Adresse des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Tage je Woche \_\_\_\_\_ Stunden je Woche \_\_\_\_\_  
*Wenn arbeitslos:*  
Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? \_\_\_\_\_  
Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?  weniger als 8 Std.  8 Std. und mehr  
Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein

### 2. Unfallhergang

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs. Welche Verletzungen haben Sie erlitten?

.....  
.....  
.....

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?  nein  ja

Falls ja: Name, Adresse, Haftpflichtversicherung; Angaben zu Zeugen

.....  
.....  
.....

Wann haben Sie im Zusammenhang mit dem Unfall erstmals den Zahnarzt aufgesucht?

Datum \_\_\_\_\_



Wie lautet die genaue Adresse des Zahnarztes?

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Haben Sie zusätzliche Verletzungen erlitten?

nein

ja

Falls ja: welche?  
.....  
.....

Waren Sie zur Versorgung bei einem Arzt?

nein

ja

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### 3. Unfallereignis beim Essen

War ein Lebensmittel Ursache des Unfalls?

nein

ja

Falls ja: Welches (genaue Beschreibung des Lebensmittels respektive des Gegenstandes, auf den Sie gebissen haben)?  
.....  
.....

Haben Sie Beweismittel?

nein

ja

Falls ja, wo befinden sich diese?  
.....

Haben Sie oder eine Drittperson den Vorfall der Verkaufsstelle oder dem Restaurant gemeldet?

nein

ja

Falls ja, wann und wo?  
.....

Haben Sie zusätzlich eine private Unfallversicherung?

nein

ja

Falls ja, Name der Gesellschaft \_\_\_\_\_

Policennummer \_\_\_\_\_

### 4. Bestätigung

Der/die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die Krankenkasse zur Einsichtnahme sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. Medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherers).

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (Versicherungsnehmer/-in, gesetzliche/r Vertreter/-in)  
.....