

---

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft  
Bezirksverwaltung

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Unsere Nachricht vom:

Name:  
Telefon:  
Telefax:  
VBG-Kontaktcenter: [www.vbg.de/kontakt](http://www.vbg.de/kontakt)  
Datum:

**Unfall** , **geb.** , **vom**

Guten Tag,

wir bitten Sie, die Fragen von der ärztlichen Leitung der Station beantworten zu lassen, auf der sich die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles befand. Die Auskünfte werden zur Bestimmung des zuständigen Leistungsträgers und der Leistungen benötigt. Sie können uns Ihre Antwort auch gerne elektro-nisch über [www.vbg.de/kontakt](http://www.vbg.de/kontakt) übermitteln. Dafür haben Sie die Möglichkeit diesen Fragebogen auch online auf der VBG Website auszufüllen.

Vielen Dank!

Freundliche Grüße

VBG - Ihre gesetzliche Unfallversicherung

---

Wer war Kostenträger der Maßnahme? \_\_\_\_\_

- Art der Maßnahme?  (Teil-)stationäre Maßnahme  
 Kur im Sinne einer stationären Maßnahme  
 Ambulante medizinische Rehabilitation  
 Ambulante Untersuchung/Operation  
 Vor- oder nachstationäre Heilbehandlung  
 Angeordnete Unterbringung Psychiatrie  
 Sonstige Maßnahme, ggf. welche? \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum und Uhrzeit? \_\_\_\_\_

Wer war der/die einweisende Arzt/Ärztin? \_\_\_\_\_

Unfallzeitpunkt (Tag, Monat, Jahr, Stunde, Minute)? \_\_\_\_\_

Az.:

Name: ,

Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (fügen Sie bitte das **Sturzprotokoll** bei)!

Auf wessen Angaben beruhen die Aussagen zum Unfallhergang?	
Bei einem Unfall auf einem Weg innerhalb des Klinikgeländes teilen Sie uns bitte mit, ob die Bewegung aus ärztlicher Sicht kontraindiziert war?	
Wie lautet die Diagnose der Unfallverletzung (inkl. ICD 10)?	
Was war die Einweisungsdiagnose? Welche Vorerkrankungen sind ggf. bei der Behandlung der Unfallfolgen zu berücksichtigen?	
Konnte das Einweisungsleiden trotz des Unfalles weiter behandelt werden?	
Um wie viele Tage hat sich der Aufenthalt in Ihrer Einrichtung durch den Unfall verlängert?	
Wer war der/die weiterbehandelnde Arzt/Ärztin?	
Bestand bereits ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher?	
Name und Anschrift von Angehörigen, Betreuern oder sonstigen Kontaktpersonen	
Zusatzfrage/n:	

Hinweis: Es besteht eine Verpflichtung zur Auskunft nach § 199 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB VII i.V.m. § 67a Abs. 2 Nr. 2a SGB X und §§ 201 bzw. 203 SGB VII sowie § 193 Abs. 3 Satz 2 SGB VII, ausgenommen die letzten beiden Fragen.

Az.:

Name: ,

Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Datum)

\_\_\_\_\_ (Name der Ansprechperson)

Für die Überweisung der Vergütung von 26,00 EUR (inkl. Schreibgebühr, Porto und evtl. anfallende Umsatzsteuern) nutzen Sie bitte folgendes Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Alternativ überweisen Sie den Betrag bitte auf das Konto:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (bitte Druckschrift): \_\_\_\_\_

**Sie können uns Ihre Antwort auch direkt elektronisch übermitteln:**

Speichern Sie einfach das ausgefüllte Formular im PDF-Format und laden es mit dem Sturzprotokoll im VBG Kontaktcenter ([www.vbg.de/kontakt](http://www.vbg.de/kontakt)) hoch. Ihre Antwort erreicht automatisch dann auf einem sicheren Weg die richtige Ansprechperson.