

4 Nur bei Kfz- Unfälle zu beantworten	Art des benutzten Fahrzeugs:		Amtliches Kennzeichen:				
	War die verletzte Person <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer		Bestand Fahrerlaubnis:				
5 Ärztliche Behandlung	Ärzte/Krankenhäuser	Vorname, Name (bei Krankenhaus Bezeichnung)	Anschrift		Behandlung von bis		
	erstbehandelnder Arzt						
	weiterbehandelnder Arzt						
	weiterbehandelnder Arzt						
	Hausarzt						
	Krankenhaus/Klinik						
	stationärer Krankenhausaufenthalt					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	erfolgte Operation					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6 Vorerkrankungen und frühere Unfälle	Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen der letzten 5 Jahren						
7 Weitere Unfallversicherung/ Insassen- unfallversicherung	Name und Anschrift des Versicherers			Versicherungs- und/oder Schadennummer			
8 Unterschriften	Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.						
	<input type="text"/> Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers			<input type="text"/> Unterschrift der verletzten Person oder Ihres gesetzlichen Vertreters			
	Datum Unterschrift des Vertreters/Agentur			Von der Vertretung/Agentur zu beantworten: Wurde „Ärztliche Bescheinigung für den Patienten“ (Formularnummer 4538) ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde „Schweigepflichtentbindungserklärung“ (Formularnummer 4530) ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			