

Schadenmeldung für Medizinalfälle

„Ausgabe 07-2015“

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Policen-Nummer

Ort und Datum des Ereignisses

Verantwortlicher Arzt

weitere Beteiligte
(Anästhesisten, Chirurgen, OP-Schwester usw.)
Namen und Adressen

Patient
(Name/Vorname/Adresse/Geburtsdatum)

Eingriff
(Datum, Kurzbeschreibung)

Ereignis
(Kurzbeschreibung)

Beurteilung/weiteres Vorgehen

Für weitere Kommentare und Bemerkungen, bitte Rückseite oder separates Blatt benutzen.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer
