**Krankenhaus: KH Logo**

**Adresse:**

**Körperverletzung durch Fremdverschulden**

Anzeige an das Polizeikommissariat

**A. Meldende Institution**

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenhaus |  |
| **Institution** | **Telefonnummer** |
| Ärztliche Direktion |  |
| **Ansprechpartner für PK** | **Durchwahl** |

**B. Angaben zum Patienten/zur Patientin**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nachname** | **Vorname** |
|  |  |
| **Adresse** | **Geburtsort und -datum** |
|  |  |
| **Staatsbürgerschaft** | **Telefonnummer** |

**C. Angaben zum Verletzungshergang**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Wann ist die Verletzung passiert?** |
|  |
| **Wo ist die Verletzung passiert?** |
|  |
| **Wie ist die Verletzung passiert?** | **Mögliche/r Verursacher/in bekannt? (Name, Adresse)** |

**D. Angaben zur Verletzung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **Art der Verletzung** | | | | |
|  JA |  NEIN | Leicht | Noch unklar | Schwer |
| **Patient/in ist mit Anzeige einverstanden** | | **Grad der Verletzung** | | |
|  | | | | |
| **Empfohlene Weiterversorgung?** | | | | |

Datum: