

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				
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Leicht	Noch unklar	Schwer
Patient/in ist mit Anzeige einverstanden			Grad der Verletzung	
Empfohlene Weiterversorgung?				

Datum: _____