

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste Saarland
70644 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Unfallmeldung bei Pflegebedürftigkeit

Persönliche Daten der verletzten Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Angaben zum Unfallzeitpunkt

Datum

Uhrzeit

Angaben zur Verletzung

Körperteil und Art der Verletzung (z. B. Oberschenkelhalsbruch, Gehirnerschütterung o.ä.)

Angaben zur Unfallstelle

(Patientenzimmer, Bad, Toilette, Gemeinschaftsraum usw.)

Beschreibung des Unfallhergangs

Kurze Darstellung der zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Tätigkeit, des Unfallhergangs und der Unfallursache

Ich kann keine Angaben zum Unfallhergang machen:

Ich habe das Sturzprotokoll beigefügt

Ja

Nein

Ich werde das Sturzprotokoll anfordern und Ihnen zukommen lassen

Ja

Nein

Angaben zum Pflegeheim

Name

Anschrift

Angaben zur Haftpflichtversicherung des Pflegeheims

Name

Anschrift

Versicherungs-
oder Schaden-Nr.**Weitere Angaben**War zum Schadenszeitpunkt Pflegepersonal
anwesend?

Ja

Nein

Der Schaden ereignete sich bei folgender
Pflegeverrichtung
(z.B. Transfer, Waschen, Umsetzen usw.)**Angaben zu Zeugen**

(z.B. anwesendes Pflegepersonal, Zimmernachbar*in)

Vorname und Name

Anschrift

Wurden bereits vor dem Schadensereignis
unfallverhütende Maßnahmen getroffen?

Ja

Nein

Art der unfallverhütenden Maßnahme

(z.B. Tragen von Sturzprotektoren, Anbringen eines
Bettgitters, Fixierungen)**Angaben über ärztliche Leistungen**Ich habe bereits Aufwendungen bei der PBeaKK
und Beihilfe geltend gemacht, die mit dem Unfall in
Zusammenhang stehen.

Ja

Nein

Die Unfallbehandlung ist zwischenzeitlich
abgeschlossen.

Ja

,am _____

Nein

Sonstige AngabenDiesen Platz haben wir für Sie reserviert. Hier können Sie Angaben machen, welche aus Ihrer Sicht wichtig für die Bearbeitung
des Schadensfalles sind.**Hinweis bei Regressansprüchen:**Sollte Ihnen vom Schadenverursacher eine vergleichsweise Regelung angeboten werden, verzichten Sie bitte nicht auf Ihre
Ansprüche ohne Rücksprache mit uns.**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.**

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person
bzw. bevollmächtigte Person