



Wienerbergstraße 15 - 19
Postfach 6000
1103 Wien
Telefon (+43 1) 601 22-0
www.wgkk.at

Öffnungszeiten:
Montag bis Mittwoch und Freitag
von 7.30 bis 14 Uhr
Donnerstag von 7.30 bis 16 Uhr

DVR: 0023957
UID-Nr.: ATU 16250401

**Ihr Partner in
Sachen Gesundheit**

Herr
Wolfgang Scherer
WIENER STRASSE 60/11/9
3002 Purkersdorf

Versicherungsnummer 5414240963 Ihre Nachricht vom Unser Zeichen BST Durchwahlklappe Faxdurchwahl Wien, 23. Juli 2007

Betrifft: Arbeitsunfähigkeit ab: 14. 4. 2007

5414240963

Sehr geehrter Herr Scherer!

Die Sozialversicherung hat aufgrund Ihres Unfalles/Ihrer Erkrankung für Sie bzw. für Ihre Angehörigen Leistungen erbracht. Für die weitere Bearbeitung Ihrer Leistungsansprüche benötigen wir jedoch Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und retournieren Sie ihn per Post, Fax oder persönlich an eine unserer Außenstellen.

Sollten Sie uns in dieser Angelegenheit bereits einmal einen ausgefüllten Fragebogen übermittelt haben, erfolgt die neuerliche Zusendung, da aufgrund der Diagnose der nunmehrigen Erkrankung eine eindeutige Zuordnung als Folgeerkrankung nicht möglich ist. In diesem Fall ersuchen wir um vordringliche Beantwortung der Frage 2.

Durch die Beantwortung der Fragen entstehen Ihnen keinerlei zusätzliche Kosten.

2. Urgenz

Fragebogen

Mit freundlichen Grüßen
Wiener Gebietskrankenkasse

Zutreffendes bitte ankreuzen

1.	Tag der Verletzung _____ Uhrzeit _____	Ort des Vorfalles (Unfalles) _____ PLZ, Straße, Haus-Nr. _____
2.	Ist die jetzige Leistungserbringung Folge einer früheren Verletzung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Datum der früheren Verletzung: _____	
3.	Der Vorfall (Unfall) ereignete sich: <input type="checkbox"/> in Ausübung der Beschäftigung <input type="checkbox"/> auf dem direkten Weg von oder zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> Schülerunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Unfall in Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigung oder Dienstbeschädigung im Sinne des Heeresversorgungsgesetzes <input type="checkbox"/> Unfall durch Strom oder Blitz	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall (Sportart) _____ <input type="checkbox"/> Verletzung durch ein Tier (Hundebiss usw.) <input type="checkbox"/> Glatteissturz (Gehsteig/Straße) War gestreut? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unfall infolge eines fehlerhaften Produktes Wann wurde dieses Produkt gekauft? _____ <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall _____
4.	Genauere Schilderung der Verletzungsursache, des Vorfalles bzw. des Unfallherganges: _____ _____	
5.	Erfolgte die Verletzung durch fremdes Verschulden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wer ist Ihrer Meinung nach daran schuld? _____	
6.	a) Erlitten Sie (Ihr Angehöriger) die Verletzung bei einem Raufhandel oder bei einer tätlichen Auseinandersetzung oder dgl. ? b) War die Verletzung unmittelbare Folge von Trunkenheit des Verletzten ? c) War die Verletzung unmittelbare Folge des Missbrauches von Suchtgiften ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Z00001_001019528_TTY

