



**Verletzungsfolge**

- |   |                                |   |                                      |   |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Zahn-<br>schaden | <input type="checkbox"/> Sturz | <input type="checkbox"/> Pneumothorax               | <input type="checkbox"/> Hirnschaden | <input type="checkbox"/> Atemstillstand |
| <input type="checkbox"/> Kollaps          | <input type="checkbox"/> Tod   | <input type="checkbox"/> anaphylaktischer<br>Schock | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |   |

**Besonderheiten**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläres System | <input type="checkbox"/> Zentrales<br>Nervensystem | <input type="checkbox"/> Respiratorisches<br>System | <input type="checkbox"/> Endokrines System<br>u. Metabolismus |
|--|--|---|---|

**Medizinisches Verfahren**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intubation                            | <input type="checkbox"/> Peridural-<br>anästhesie | <input type="checkbox"/> Regional<br>anästhesie | <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie |
| <input type="checkbox"/> Totalintravenöse<br>Anästhesie (TIVA) | <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie          | <input type="checkbox"/> Periduralkatheter      | <input type="checkbox"/> Sedierung        |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie                   | <input type="checkbox"/> Tracheotomie             | <input type="checkbox"/> Paralytisch-Anästhesie |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige                              | _____   |   |   |

Näheres entnehmen Sie bitte der anliegenden Sachverhaltsschilderung  
(bitte beifügen und Daten Dritter anonymisieren).

Ich bin Mitglied des BDA seit: \_\_\_\_\_

Mit der Wahrnehmung meiner Interessen habe ich beauftragt Herrn/Frau Rechtsanwalt\*in:

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_

Es besteht für mich anderweitiger Rechtsschutz (RSV):

- |                                     |   |                                       |   |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eigene RSV | <input type="checkbox"/> RSV über den Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> sonstige RSV | <input type="checkbox"/> keine eigene /<br>anderweitige RSV |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|

Wenn ja, bei Versicherer: \_\_\_\_\_

Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

Die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH wird ermächtigt, sich mit den genannten Versicherern in  
Verbindung zu setzen, um vorrangige/anderweitige Eintrittspflichten zu klären.

Damit eine weitere Bearbeitung/Deckungsbestätigung möglich ist, bin ich mit der Übermittlung dieser Daten/  
Informationen an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift