

## Schadenanzeige zur Haftpflicht-Versicherung für Senioren- und Pflegeheime

<b>1. Versicherungsnehmer</b>	
<b>2. Vertragsnummer</b>	
<b>3. Schadennummer NÜRAS</b>	
<b>4. Versicherer</b>	
<b>5. Name, Vorname des Verletzten</b>	
<b>5a Geburtsdatum</b>	
<b>6. Schadenzeitpunkt</b>	Datum: Uhrzeit:
<b>7. Eventuell verstorben an den Unfallfolgen?</b>	nein ja, Datum
<b>8. Welcher Pflegestufe gem. § 15 SGB XI gehörte die/der Verletzte zum Unfallzeitpunkt an?</b>	Pflegestufe 1    Pflegestufe 2    Pflegestufe 3
<b>9. Die/Der Verletzte</b>	benötigte Hilfe beim Stehen? benötigte Hilfe beim Gehen? musste im Rollstuhl gefahren werden? war bettlägerig? bedurfte der Aufsicht? bedurfte der Nachtwache? war desorientiert, ggf. inwieweit? war anderweitig geistig behindert, ggf. inwieweit?  bedurfte bei folgenden Bereichen des täglichen Lebens fremder Mithilfe (bitte aufzählen):

<b>10.</b>	<b>Falls sich der Unfall nachts zutrug, wie oft musste nach der/dem Verletzten während der Nacht gesehen werden und wann erfolgte die letzte Nachschau vor dem Unfall?</b>	
<b>10a</b>	<b>Wer hatte Dienst?</b> (Name und Anschrift)	
<b>11.</b>	<b>Falls sich der Unfall beim selbständigen Aufstehen/Sturz aus dem Bett oder Rollstuhl zutrug:</b>	
<b>11a</b>	<b>Waren Sie zur Unfallzeit zum Anbringen von Bettgittern bzw. zum Fixieren befugt? Wenn ja, seit wann?</b>	nein ja, seit:
<b>11b</b>	<b>Lag zur Unfallzeit ein Fixierungsbeschluss vor?</b>	nein ja
<b>11c</b>	<b>Wann waren die unter a) und b) genannten Maßnahmen beantragt worden?</b>  <b>Durch wen erfolgte die Anordnung?</b>	
<b>11d</b>	<b>Hätte die/der Verletzte vor dem Unfall die Möglichkeit gehabt, z. B. über einen Klingelknopf, Hilfe zu holen?</b>	nein ja
<b>11e</b>	<b>Wann wurde zuletzt vor dem Unfall nach der/dem Verletzten gesehen?</b>	
<b>12.</b>	<b>Ist der Unfall auf äußere Umstände, wie beispielsweise mangelhafte Beleuchtung, Unebenheiten, Bodenglätte oder mangelnde Beleuchtung zurückzuführen, wenn ja auf welche?</b>	nein ja, und zwar:
<b>12a</b>	<b>Gibt es Verdacht oder Beweise auf Drittschuld?</b>	nein ja, und zwar:
<b>13.</b>	<b>Waren ausschließlich personenbedingte Umstände (z. B. unvorhergesehene Kreislaufschwäche) unfallursächlich? Ggf. welche?</b>	nein ja, und zwar:
<b>14.</b>	<b>Auf welche Weise hätten Sie den Unfall verhindern können bzw. weshalb war es für Sie unvermeidbar?</b>	
<b>15.</b>	<b>Gab es früher bereits vergleichbare Vorfälle?</b>	

<p><b>16. Schadenhergang</b> Schildern Sie bitte den Schadenhergang. Welche Feststellungen haben Sie getroffen? Bitte Pflegejournal, Sturzprotokoll, Pflegebücher beifügen. (Wenn Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden.)</p>	
<p><b>17. Geschah der Unfall im Zimmer der/des Verletzten oder in einem allgemeinen Aufenthaltsraum, z. B. Flur oder Speisesaal?</b></p>	
<p><b>18. Welche Verletzung(en) erlitt der/die Verletzte?</b></p>	
<p><b>18a Durch wen wurde dies festgestellt bzw. attestiert?</b></p>	
<p><b>19. An wen und auf welches Konto soll die Auszahlung erfolgen?</b></p>	<p>Kontoinhaber: Institut: IBAN: BIC:</p>
<p><b>20. Vorsteuerabzugsberechtigung</b></p>	<p>nein ja</p>

Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben den Verlust des Ersatzanspruches bewirken können und zwar auch dann, wenn sie für die Schadenfeststellung folgenlos bleiben.

Mit Absenden dieser Schadenanzeige an die NÜRAS Versicherungsmakler GmbH versichert der Aussteller – auch bei elektronischer Weitergabe ohne Unterschrift – die Richtigkeit seiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Versicherungsnehmer / Unterschrift)