

Fachärztlicher Bericht für Direktleistung

Der Bericht soll auf Basis der anamnestisch bekannten Daten ausgefüllt werden. Eine weiterführende Diagnostik oder zusätzliche Untersuchungen sind hierfür nicht vorgesehen. Das Honorar erstatten wir entsprechend der Honorarordnung der Österreichischen Ärztekammer.

Polizzennummer (unbedingt angeben)	Schadennummer (wenn bekannt)
------------------------------------	------------------------------

Versicherte (unfallbetroffene) Person

Vorname, Familienname, Titel	Geburtsdatum
------------------------------	--------------

Wann ist ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	Datum	Uhrzeit						
Wer hat sie geleistet?								
Liegt eine der nachfolgenden Verletzungen vor, kreuzen Sie diese bitte an:	Völliger Verlust (Amputation) ☐ eines Daumens ☐ eines anderen Fingers ☐ der Milz ☐ eines Zeigefingers ☐ einer großen Zehe ☐ einer Niere ☐ eines Mittelfingers ☐ einer anderen Zehe Vollständiger Bruch (Fraktur) ☐ eines Ellbogengelenkes ☐ eines Kniegelenkes ☐ eines Oberarmknochens ☐ eines Halswirbels ☐ eines Handgelenkes ☐ eines Innenknöchels ☐ eines Oberschenkelknochens ☐ eines Brustwirbels ☐ eines Hüftgelenkes ☐ eines Außenknöchels ☐ eines Schlüsselbeines ☐ eines Lendenwirbels ☐ einer Kniescheibe ☐ eines Unterarmknochens (Elle/Speiche) Vollständiger Riss oder vollständige Durchtrennung ☐ eines Kreuzbandes im Knie ☐ einer Achillessehne ☐ eines Seitenbandes im Knie ☐ eines Bandes im Fußgelenk ☐ eines Meniskus							
Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung (Diagnose)								
Arbeitsunfähigkeit:	☐ völlige (100 % ige) Arbeitsunfähigkeit ☐ teilweise Arbeitsunfähigkeit	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">von</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">bis einschließlich</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">von</td> <td></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">bis einschließlich</td> </tr> </table>	von		bis einschließlich	von		bis einschließlich
von		bis einschließlich						
von		bis einschließlich						
War der:die Verletzte im Krankenhaus?	☐ ja ☐ nein	Krankenhaus						
Wie lange befand sich der:die Verletzte in stationärer Behandlung?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">von</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">bis einschließlich</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">von</td> <td></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">bis einschließlich</td> </tr> </table>	von		bis einschließlich	von		bis einschließlich
von		bis einschließlich						
von		bis einschließlich						

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?	☐ ja ☐ nein	Welche dauernden Funktionsstörungen?
---	--	--------------------------------------

Gesundheitliche Beeinträchtigung (vor dem Unfall)

War der/die Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert, wie z. B. alte Verletzungen oder Degeneration (von Bändern, Kapseln, Sehnen, Meniski usw.), sonstige Behinderungen (Bewegungseinschränkung, Amputationen usw.), Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dergleichen), Herzleiden, Diabetes, Alkohol- oder Drogenabusus, Epilepsie, reduziertes Hör- oder Sehvermögen usw.?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	Bitte nähere Angaben
War das durch den Unfall konkret betroffene Körperteil bereits irgendwann vorher von einem Unfall, einer Bewegungseinschränkung oder einer Abnützungen betroffen?	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	Bitte nähere Angaben
Haben Krankheiten, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?	☐ ja ☐ nein	In welcher Form?

Berichtshonorar überweisen auf

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)	
IBAN	BIC

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Fachärztin oder Facharzt
(z.B. Orthopädie oder Unfallchirurgie)

(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

Meine freiwilligen Einwilligungen zur Verarbeitung meiner Daten

UNIQA darf für den konkreten Versicherungsfall meine Gesundheitsdaten bei Dritten einholen und prüfen, ob ein Anspruch auf Leistung besteht (Einzeleinwilligung)

Ich als versicherte Person stimme zu, dass sich UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien (UNIQA) und der beauftragte medizinische Sachverständige über meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei untersuchenden oder behandelnden Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten, Krankenanstalten sowie bei bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern und sonstigen schweigepflichtigen Einrichtungen sowie bei im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall tätig gewordenen Behörden (zB die Polizei) und Gerichten informiert. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können.

Mit meiner Einwilligung kann UNIQA und der beauftragte medizinische Sachverständige folgende Daten einholen und verarbeiten:

- Die mit dem konkreten Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungserscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen
- Die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen, das sind:
Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; Anamnese der aktuellen sowie vorangegangener Behandlungen/Aufnahmen und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, sonstige medizinische Unterlagen, Einsatz- und Behördenprotokolle
- Die zur Abwicklung des Versicherungsfalles unerlässlichen Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Aktenvermerke oder sonstige behördlichen Akte, die auch Gesundheitsdaten enthalten
- die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (im Hinblick auf Doppelversicherungen)

Mit meiner Einwilligung zur Einholung und Prüfung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten, entbinde ich auch die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht sowie der Amtsverschwiegenheit im Umfang der Einwilligung.

Mehr Informationen zu den Datenschutzhinweisen (wie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, der Übersicht allfälliger Datenempfänger, zu Ihren Rechten und Speicherfristen) erhalte ich unter datenschutz.uniqagroup.com

Meine Einwilligung ist freiwillig und erfolgt auf Basis der oben ausgeführten Datenschutzhinweise. **Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (z.B. per E-Mail oder Brief) ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

Liegt meine Einwilligung UNIQA nicht vor, weil ich sie nicht erteilt oder widerrufen habe, dann bin ich selbst dafür verantwortlich, diese Unterlagen zu besorgen und UNIQA zu geben. UNIQA behält sich die Einholung weiterer Unterlagen vor. Ich weiß, dass UNIQA die erforderlichen Daten braucht, um Leistungen auszuzahlen. Wenn UNIQA die erforderlichen Daten nicht erhält, kann dies in bestimmten Fällen zur Leistungsfreiheit von UNIQA führen.

☐ Ja, ich stimme zu ☐ Nein, ich stimme nicht zu



(Dieser Abschnitt betrifft nur die versicherte Person)

Auskunftsvollmacht

Ich (wir) ermächtige(n) den Versicherer, Auskünfte aller Art bei Personen, Behörden (z.B. die Polizei) und Gerichten einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) Bezug nehmenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Das alles im erforderlichen Umfang, um die Leistungspflicht beurteilen und den Versicherungsfall abwickeln zu können. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer Unterschrift), dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe(n).

☐ Ja, ich stimme zu ☐ Nein, ich stimme nicht zu

Datenschutz: Ihre Daten sind bei uns gut aufgehoben! Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen unter www.raiffeisen-versicherung.at/de/unternehmen/datenschutz.html. Sofern personenbezogene Daten von Personen wie insbesondere versicherte Personen, Prämienzahler, Bezugsberechtigte verarbeitet werden, informieren Sie diese über die Inhalte der Datenschutzhinweise.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer:in

Unterschrift versicherte/verletzte Person