



IHR Rehabilitations-Dienst - Deutschland

FAX: 0221 29231-605

Stand by-Verfahren

Datum der Anfrage:

| | | | |
|--|---|----------------------|---|
| Auftraggeber: Sachbearbeiter: | | | |
| Schadenummer: | | | |
| Geschädigter (Name,Adresse): Telefon: | | | |
| Geburtsdatum: Familienstand: | | | |
| Anzahl Kinder: Geburtsdatum | | | |
| Beruf, Bruttoeinkommen (mtl.): | | | |
| Schadentag: | | | |
| Haftung: | <input type="checkbox"/> geklärt | Quote: | <input type="checkbox"/> nicht geklärt |
| Verletzungen: | | | |
| MdE auf Dauer: | | | |
| Pflegeberatung erforderlich: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Pflegerisiko prüfen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Behandelnder Arzt / Krankenhaus (ggf. Telefonnummer / Anschrift)

Rechtsanwalt des Anspruchstellers (ggf. Telefonnummer / Anschrift)

Datum:

Zuständiger Sachbearbeiter:

Telefonnummer: