



IHR Rehabilitations-Dienst - Deutschland

**FAX: 0221 29231-605**

**Stand by-Verfahren**

Datum der Anfrage:

Auftraggeber: Sachbearbeiter:			
Schadenummer:			
<b>Geschädigter (Name,Adresse): Telefon:</b>			
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: