

# Bericht zur Anmeldung von Invaliditäts-Leistungsansprüchen

Bei Rückfragen erreichen Sie uns  
unter Telefon 0611/363-0  
Fax 0611/363-6040

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer	Agenturnummer	Schadennummer
-----------------	---------------------------	---------------	---------------

Bitte zurücksenden an:

**DBV-Winterthur**  
**OE 627**  
**Frankfurter Straße 50**  
  
**65171 Wiesbaden**

## Anlage S 75

Angaben zur versicherten Person	Name, Vorname	Geburtsdatum		
	Straße			
	PLZ, Wohnort	Unfalldatum		
Fragen	1. a) Wird eine dauernde körperliche oder geistige Beeinträchtigung dem Grunde nach verbleiben oder ist diese bereits eingetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	1. b) Wird eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dem Grunde nach verbleiben oder ist diese bereits eingetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	2. a) Ist diese Beeinträchtigung innerhalb des ersten Unfalljahres eingetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	b) Wann und durch wen wurde sie festgestellt?			
	3. Welche verletzten Körperteile verursachen die Invalidität und wodurch äußert sich diese?			
	4. Lässt sich die Höhe der dauernden Beeinträchtigung bereits jetzt endgültig feststellen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	5. Wenn nein, wann ist diese Feststellung voraussichtlich zu treffen?			
	6. Auf welchem Fachgebiet ist eine gutachterliche Untersuchung erforderlich?			<input type="checkbox"/> orthopädisch <input type="checkbox"/> neurochirurgisch <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> chirurgisch <input type="checkbox"/> neurologisch <input type="checkbox"/> augenärztlich <input type="checkbox"/> kieferorthopädisch <input type="checkbox"/>
	7. Dauert die ärztliche Behandlung noch an? Wenn nein, wann wurde sie abgeschlossen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Abschlussdatum:
	8. Wurden weitere Ärzte konsultiert?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Name, Anschrift		Fachgebiet	Zeitraum	
Ort/Datum		Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses		