ANFANGSBERICHT DES ARZTES

FREIWILLIGE FEUERWEHR

Datum: _____

_____

Unfall – Nr.: _____

An das
Landesfeuerwehrkommando Salzburg
Karolingerstraße 30
5020 Salzburg
post@lfv-sbg.at

Informationen: _____

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Unfall vom: _____

Ärztliche Hilfe in Anspruch genommen am: _____ Uhrzeit: _____

Verletzung: _____

Häusliche Pflege:	☐ JA	☐ NEIN
Stationäre Krankenhausbehandlung:	☐ JA	☐ NEIN
Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten?	☐ JA	☐ NEIN
Ist das Leben bedroht?	☐ JA	☐ NEIN
War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund?	☐ JA	☐ NEIN

Voraussichtliche Dauer des Krankenstandes: _____

Bemerkungen: _____

_____

_____ _____

Datum Stempel und Unterschrift Behandelnder Arzt