

# ANFANGSBERICHT DES ARZTES

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