

UNFALL – SCHLUSSBERICHT

Datum: _____

Unfall – Nr.: _____

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

Informationen: _____

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____

Unfall vom: _____

Entlassung aus der
Behandlung am: _____ Uhrzeit: _____

Stand der Verletzte in regelmäßiger ärztl. Behandlung? JA NEIN

Hat der Verletzte alle ärztlichen Anweisungen befolgt? JA NEIN

Ist der Heilverlauf durch anderweitige Leiden oder
Gebrechen beeinflusst worden? JA NEIN

Wenn ja, durch welche: _____

Aufenthalt Krankenhaus: vom _____ bis _____

Krankenstand: vom _____ bis _____

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift Behandelnder Arzt

Erledigungsvermerke des Landesfeuerwehrkommando:

