



## FORMULAR AUSSCHLIESSLICH FÜR KÖRPERSCHÄDEN

### WICHTIG

Gemäss Artikel 22 des Arena Vertrages ist jede Unfallerkklärung **innerhalb von 15 Tagen an die LEWB** ab dem Datum des Unfalls auf dem postalischen Weg zuzustellen. Hierbei handelt es sich natürlich um die Unfallerkklärung und nicht um die komplette Akte einschließlich der Rechnungskopien, die Arena **später** anfragen wird. Achtung: ORV Vereine senden die Erklärung an den ORV.

Falls der Reiter zum Zeitpunkt des Unfalls in puncto Lizenz nicht in Ordnung ist, werden wir uns gezwungen sehen, die Unfallerkklärung abzulehnen. Die Unfallerkklärung muss durch das Unfallopfer oder, bei Minderjährigen, einem Elternteil vervollständigt und unterzeichnet werden.

Gemäss Artikel 233.4 der Allgemeinen Verordnung muss die Erklärung ebenfalls zwingend durch einen Verantwortlichen des für das laufende Jahr an die LEWB angeschlossenen Vereins oder einem Ausbilder mit einer gültigen R01 oder F01 Lizenz unterzeichnet werden. **Wenn der Unfall während eines offiziellen Turniers stattgefunden hat, muss die Erklärung durch den Jurypräsidenten unterzeichnet werden, wobei die Rubrik zu Ihrem Verein trotzdem vervollständigt werden muss.**

**Damit Ihre Akte möglichst schnell verwaltet werden kann, bitte die folgenden Angaben überprüfen:**

- Die Beschreibung des Unfalls
- Die Lizenznummer des Klubverantwortlichen
- Die Vignette Ihrer Krankenversicherung (medizinische Daten)
- Die Unterschrift des Opfers oder eines Elternteils, wenn das Opfer minderjährig ist
- Die Unterschrift des Verantwortlichen des Vereins
- Das ärztliche Attest (auf der Unfallerkklärung zu vervollständigen, durch das Krankenhaus o

Ohne diese Angaben ist Ihre Akte **unvollständig und kann nicht bearbeitet werden.**

**Bei Nichteinhaltung dieser Vorschriften wird Ihre Akte abgelehnt**

Sobald Ihre Akte vollständig ist wird diese zugestellt und wird Ihnen durch die Versicherungsgesellschaft eine Aktennummer mitgeteilt. Ab dann wird Ihre Akte von Arena verwaltet.

Bitte notieren Sie, dass Arena nur die Erstattung der Kosten, nach Intervention der Krankenversicherung, übernimmt. **Die Versicherungsgesellschaft bezahlt keine Rechnung direkt.**



**Formular innerhalb von 15 Tagen einsenden**  
**L E W B asbl - Rue de la Pichelotte, 11 - B-5340 GESVES - Tél. : 083/23 40 72**

**Vertrag Nr** **A.C. 1.116.400**  
**R.C. 1.116.401**

**LIGUE EQUESTRE WALLONIE BRUXELLES ASBL**



**AUSKÜNFTE ZU IHREM VEREIN**

Vollständige Bezeichnung Ihres Vereins \_\_\_\_\_

Ausgeübte Aktivität \_\_\_\_\_

Name des Verantwortlichen \_\_\_\_\_ Lizenz Nr. \_\_\_\_\_

Vorname des Verantwortlichen \_\_\_\_\_ Telefon Nr. /GSM \_\_\_\_\_

Adresse des Verantwortlichen Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Psf. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**AUSKÜNFTE ZUM UNFALLOPFER**

Name \_\_\_\_\_ Lizenz Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Telefon Nr /GSM \_\_\_\_\_

Adresse Strasse \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ Psf \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ M  F  Konto Nr. \_\_\_\_\_

Tätigkeit der/des Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls  Offizieller  Zuschauer  Ausbilder  Reiter

E-Mail \_\_\_\_\_

**AUSKÜNFTE ZUM UNFALL**

Datum des Unfalls \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Genauer Ort \_\_\_\_\_

Art der Aktivität im Moment des Unfalls  Training  Offizielles Turnier  Während der Teilnahme an einer Aktivität des vorgenannten Vereins

Auf dem Hin- oder Rückweg zur/von der Aktivität  Andere

Verwendetes Beförderungsmittel \_\_\_\_\_

**Beschreibung ( Ursachen, Umständen, Folgen )**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**WICHTIG**

Skizze ( bei Verkehrsunfall hinzu zu fügen)  
 Was die Körperschäden betrifft, bitte das anhängende Attest durch Ihren Arzt ausfüllen lassen



VERBAND: <b>LIGUE EQUESTRE WALLONIE - BRUXELLES ASBL</b>	NEUE ERKLÄRUNG	BESTEHENDE AKTE Aktenzeichen:
VEREIN: .....	vom Arzt aus zu füllen	

### ÄRZTLICHES ATTEST

- 1) Name des Arztes: .....
- Adresse: .....
- Tel. Nr/GSM:       Email:
- 2) Name des/der Verletzten .....
- Adresse: .....
- 3) Datum des Unfalls
- 4) Datum und Stunde der ersten Untersuchung         um   Uhr
- 5) Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben  
.....  
.....  
.....  
.....

Handelt es sich um eine Verletzung, die auf ein akutes Trauma zurück zu führen ist?       JA       NEIN

Gibt es eine Anamnese?       JA       NEIN

Kann die Verletzung auf einen schleichenden Prozess oder eine Veranlagung zurück zu führen oder hierdurch beeinflusst worden sein       JA       NEIN

Bemerkungen: .....

- 6) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung .....
- 7) Ist das Opfer ganz oder teilweise nicht in der Lage seinen normalen Tätigkeiten nachzugehen?       JA       NEIN
- Vollständig während ..... Tage
- Teilweise während ..... Tage
- 8) Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes oder eines Röntgenologen?       JA       NEIN
- Falls JA, welcher Art? .....
- 9) Rechnen Sie mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit oder mit einer vollständigen Genesung?  
.....

### VORGESCHICHTE

- 10) War das Opfer vor dem Unfall verstümmelt, verkrüppelt oder litt das Opfer vor dem Unfall an einer Krankheit?  
.....
- 11) Besteht ein Zusammenhang mit einen früheren Unfall oder früheren Symptomen vom gleichen Typ wie heute ( Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten )?  
.....  
Handelt es sich möglicherweise um einen Rückfall? .....

Ausgestellt in

Unterschrift und Stempel des Arztes

am