



## Erklärung des Verunglückten – Dichiarazione dell'infortunato

Aufenthalt - Degenza: vom - dal ..... bis - al ..... Prot.Nr. - Prot. n. ....

Nr. des Betreuungsausweises - n. del libretto assistenziale .....

Vorname/Name/Ehename - Cognome/Nome/Coniugata .....

geboren am - nato/a il ..... in - a .....

wohnhaft Ort/PLZ - residente località/CAP .....

Straße/Nr. - Via/Nr. .... Tel. ....

bedienstet bei Firma - occupato presso la ditta .....

Beruf - Professione .....

### ERKLÄRUNG - DICHIARAZIONE: zum angeführten Krankenhausaufenthalt - relativa alla suddetta degenza in ospedale

Es handelt sich um eine - Si tratta di un:

Behandlung infolge von Verletzungen bzw. eines Unfalles vom ..... Uhrzeit .....  
Trattamento in seguito a ferite o infortunio avvenuto il ..... alle ore .....

Unfallort - luogo dell'infortunio .....

### ART DES UNFALLS - TIPO DELL'INFORTUNIO

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeit - Lavoro  | <input type="checkbox"/> Haushalt - Casa         | <input type="checkbox"/> Schule - Scuola      | <input type="checkbox"/> Reiten - Equitazione |
| <input type="checkbox"/> Auto - Automobile  | <input type="checkbox"/> Freizeit - Tempo libero | <input type="checkbox"/> Fahrrad - Bicicletta | <input type="checkbox"/> Rauferei - Rissa     |
| <input type="checkbox"/> Fußgänger - Pedone   | <input type="checkbox"/> Ski - Sci               | <input type="checkbox"/> Fußball - Calcio     | <input type="checkbox"/> Motorrad - Moto      |
| <input type="checkbox"/> Bergwandern - Escursioni   | <input type="checkbox"/> Klettern - Alpinismo    | <input type="checkbox"/> Streit - Lite        | <input type="checkbox"/> Traktor - Trattore   |
| <input type="checkbox"/> mit Tieren - con animali (Gattung anführen - indicare la specie) ..... |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> anderes - altro .....  |  |   |   |

**URSACHE - CAUSA:**  Selbstverschulden - Responsabilità propria  
 Drittverschulden - Responsabilità altrui

**BERICHT - RELAZIONE:** über den Hergang, die Ursachen und Begleitumstände die zu den Verletzungen geführt haben  
sullo svolgimento, le cause e le circostanze che hanno portato alle lesioni

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### ERSTE HILFE GELEISTET DURCH - PRIMO SOCCORSO ESEGUITO DA:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sanitätspersonal - Personale sanitario | <input type="checkbox"/> Polizeiorgane -Organi di Polizia | <input type="checkbox"/> Feuerwehr - Vigili del fuoco |
| <input type="checkbox"/> Bergrettung - Soccorso alpino          | <input type="checkbox"/> Pistendienst - Servizio pista    | <input type="checkbox"/> andere - altro .....         |

### KRANKENTRANSPORT DURCHGEFÜHRT VON - TRASPORTO ESEGUITO DA:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weißes Kreuz - Croce bianca              | <input type="checkbox"/> Rotes Kreuz - Croce Rossa | <input type="checkbox"/> Rettungswagen - Autoambulanz      |
| <input type="checkbox"/> Notarztwagen - Guardia Medica            | <input type="checkbox"/> Hubschrauber - Elicottero | <input type="checkbox"/> Privatfahrzeug -Automezzo privato |
| <input type="checkbox"/> andere - altro (anführen-indicare) ..... |  |  |

### BEHÖRDE, DIE DEN UNFALL AUFGENOMMEN HAT - AUTORITÀ CHE HA PRESO ATTO DELL'INCIDENTE:

Name/Nome ..... Ort/Luogo .....  
(eventuellen Bericht beilegen - allegare eventuale rapporto)

**DATEN DER PERSON, MIT WELCHER DER UNFALL VERURSACHT WURDE - DATI DELLA PERSONA, CON LA QUALE È STATO CAUSATO L'INCIDENTE:**

Name - Nome ..... Tel. ....  
Anschritt/PLZ - Indirizzo/CAP .....  
Versicherung - Assicurazione ..... Polizze Nr. - Polizza n. ....  
(Name/Anschritt/PLZ - Nome/Indirizzo/CAP)

**BEI VERKEHRSUNFÄLLEN - IN CASO DI INCIDENTI STRADALI:**

Der Unterfertigte war - Il sottoscritto era  Fahrer - conducente  Mitfahrer - passeggero  
Besitzer des Fahrzeuges - Proprietario del veicolo .....  
Anschritt/PLZ - Indirizzo/CAP .....  
Kennnummer des Fahrzeuges - Targa del veicolo ..... Nationalität - Nazionalità .....  
Haftpflichtversicherung - Assicurazione autoveicolo .....  
Name/Anschritt/PLZ - Nome/Indirizzo/CAP  
Polizze Nr. - n. Polizza ..... gültig bis - valido fino al .....

**ZEUGEN (NAME/ANSCHRIFT/PLZ/TELEFON) - TESTIMONI (NOME/INDIRIZZO/CAP/TELEFONO):**

Wurde bereits Schadensersatz geleistet? - Danno già risarcito? Nein - No  Ja - Si  Betrag - Importo .....  
Behängt ein Strafverfahren oder wurde Klage auf Schadensersatz eingebracht? - Azione penale in corso o richiesta di risarcimento danni?  
Nein - No  Ja - Si  bei welchem Gericht - presso quale Corte .....  
Rechtsanwalt (Name/Anschritt/PLZ/Telefon) - Avvocato (Nome/Indirizzo/CAP/Telefono) .....

**Der/Die Unterfertigte erklärt unter seiner/ihrer Verantwortung, diesen Bericht wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben und unterschreibt diese Erklärung in vollem Bewusstsein der zivil- und strafrechtlichen Folgen. Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la sua responsabilità di aver redatto questa relazione conformemente al vero e sottoscrive questa dichiarazione in piena coscienza delle sue conseguenze penali e civili.**

Aufklärung im Sinne des Legislativdekretes vom 30.06.2003, Nr. 196 (Kode bezüglich des Schutzes der personenbezogenen Daten)  
Die personenbezogenen Daten werden manuell und in digitaler Form ausschließlich für die Erfordernisse, die mit der Abwicklung der vorliegenden Erklärung zusammenhängen, verarbeitet. Die mangelnde Zurverfügungstellung der Daten bewirkt, dass die Erklärung nicht bearbeitet werden kann. Die Übermittlung der Daten an öffentliche Körperschaften wird nur in den vom Gesetz oder von Verordnungen vorgesehenen Fällen bzw. für die Ausübung institutioneller Aufgaben vorgenommen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der/die zuständige Abteilungsdirektor/in. Inhaber der Datenverarbeitung ist der Generaldirektor des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen. Der Unterfertigte, welcher die vom Art. 7 des Leg.D. Nr. 196/2003 vorgesehenen Rechte ausüben kann, erteilt die Zustimmung zur Verarbeitung von sensiblen Daten.

Informativa ai sensi del decreto LGS.n. 196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)  
I dati personali vengono trattati manualmente e in forma digitale esclusivamente per le finalità connesse con l'espletamento della presente dichiarazione. Il rifiuto di mettere a disposizione i dati comporta l'impossibilità di elaborare la dichiarazione. La comunicazione a enti pubblici avviene soltanto nei casi previsti dalla legge o da regolamenti nonché per lo svolgimento di compiti istituzionali. Responsabile del trattamento dei dati è il/la competente Direttore/Direttrice della Ripartizione. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. L'interessato al quale spettano i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 del 30.06.2003 da il consenso al trattamento dei dati sensibili.

Ort - Luogo ..... Datum - Data .....

.....  
**UNTERSCHRIFT DES ERKLÄRERS - FIRMA DEL DICHIARANTE**  
(bei Minderjährigen: des gesetzlichen Vertreters - in caso di minori: del rappresentante legale)

**GRAPHISCHE DARSTELLUNG DES UNFALLES - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELL'INCIDENTE**

