



Anlage 2

# Verbandblatt

Neuapostolische Kirche  
Westdeutschland



Bezirk:  Gemeinde:

## Angaben zur Person des Verletzten / Erkrankten

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>			Telefon-Nr.:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Seelsorger seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sonstige ehrenamtliche Tätigkeit (Funktion) seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gottesdienst- / Veranstaltungsbesucher/in			

## Angaben zum Hergang des Unfalls bzw. Gesundheits-Schadens

Ort:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>	Uhrzeit:	<input type="text"/>
Art der Verletzung / Erkrankung: <input type="text"/>					
Hergang (kurze Beschreibung): <input type="text"/>					
Zeugen: Name:		<input type="text"/>	Gemeinde:		<input type="text"/>
Name:		<input type="text"/>	Gemeinde:		<input type="text"/>

## Erste-Hilfe-Leistung

Name des/der Ersthelfer(s)/in:	<input type="text"/>	Uhrzeit der Erste-Hilfe-Leistung:	<input type="text"/>
Art und Weise der Maßnahmen: <input type="text"/>			
Krankenkasse (Name, PLZ, Ort): <input type="text"/>			
Name des erstbehandelnden Arztes: <input type="text"/>			
behandelndes Krankenhaus: <input type="text"/>			