

SMVG, SMVI	VERLUSTANZEIGE PATIENTENEIGENTUM (VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN) 27385 001/07.2025	 KLINIKUM Aschaffenburg-Alzenau
------------	--	---

An Schadensmanagement und Versicherungswesen Mail: schadensmanagement@klinikum-ab-alz.de
--

Bitte haben Sie Verständnis, dass nicht jeder Verlust ersetzt werden kann. Für Wertgegenstände und persönliche Gegenstände kann die Klinik nur haften, wenn den Mitarbeitenden Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit im Umgang mit Patienteneigentum nachgewiesen werden kann (siehe auch Hausordnung).

Hiermit melde ich,

Angaben zum Patienten	Angaben zur Vertretung des Patienten (falls erforderlich)
Name, Vorname: Bitte eintragen.	Name, Vorname: Bitte eintragen.
Geb.- Datum: Bitte eintragen.	Geb.- Datum: Bitte eintragen.
Straße, PLZ, Ort: Bitte eintragen:	Straße, PLZ, Ort: Bitte eintragen.
Telefon: Bitte eintragen:	Telefon: Bitte eintragen.
E-Mail: Bitte eintragen:	E-Mail: Bitte eintragen:

den Verlust des folgenden Gegenstandes während des stationären Aufenthaltes: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Schadenstag/zeit: Bitte ein Datum eingeben.
Schadensort (ggf. Station): Bitte eintragen.

Schadensschilderung: Bitte eintragen.

Wann wurde der Gegenstand angeschafft? Bitte eintragen.
Zu welchem Preis? Bitte eintragen.€.

Bitte Rechnung/Quittung beifügen!

Wurde das Eigentum durch das Stationspersonal in Verwahrung genommen? ☐ Ja ☐ Nein
--

☐ Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich zweifelsfrei ausschließe, dass die oben genannten Gegenstände noch in meinem Besitz sind oder die Gegenstände auf andere Art und Weise abhandengekommen sind.

☐ Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.