

A. weiterer Sachschaden

lfd. Nr.	Gegenstand	Beleg	Kaufpreis	Alter	Nutzdauer*	Zeitwert*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
	Summe					<u> </u> <u> </u>

Die mit * markierten Spalten bitte nicht ausfüllen!

B. Mehraufwand (zB Zuzahlung für Medikamente, Physiotherapie, med. Hilfsmittel, Umbaumaßnahmen)

lfd. Nr.	Position	Beleg	Betrag
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
	Summe		<u> </u> <u> </u>