NIENDORF
RECHTSANWÄLTE
EST° 1922

## Fragebogen für Personenschäden

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **vollständig** (*** = Pflichtfelder**) aus. Sie beschleunigen dadurch die Bearbeitung Ihrer Angelegenheit. Wir speichern Ihre persönlichen Daten in unserer EDV. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt aber nur im Rahmen Ihres Auftrages.

| | | | |
|---|---|---|---|
| A. | Name des Verletzten*: | Tel.*: | |
| B. | Anschrift*: | | |
| C. | Geburtsdatum*: | Familienstand: | Anzahl Kinder: |
| D. | ausgeübter Beruf: | | Selbständig*: ( ) ja ( ) nein |
| E. | Name des Arbeitgebers: | | |
| F. | Anschrift: | | |
| G. | Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente*: ( ) ja ( ) nein von wem?: monatl. | | |
| H. | Art und Umfang der Verletzung*:<br>✓ Arztberichte habe ich beigefügt | | |
| I. | Sicherheitsgurte angelegt: ( ) ja ( ) nein | | |
| J. | Krankenhausaufenthalt von*: bis (voraussichtlich) | | |
| K. | Name und Anschrift des Krankenhauses und/oder der ambulant behandelnden Ärzte*: | | |
| L. | Ist der Verletzte hauskrank geschrieben?* ( ) ja ( ) nein von: bis (voraussichtlich): | | |
| M. | Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? | | |
| N. | Ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit?*: ( ) ja ( ) nein | | |
| O. | Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? | | |
| P. | Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? ( ) ja ( ) nein | | |
| Q. | Bei welcher Anstalt? | | |

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich wegen des Unfallereignisses vom …….…… behandelt haben, gegenüber NIENDORF Rechtsanwälte, Friedrich-Ebert-Damm 111, 22047 Hamburg, und gegenüber der

_____

Versicherungsgesellschaft

von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift