

BEI PERSONENSCHÄDEN

A	Name des Verletzten:	Tel.:
B	Anschrift:	
C	Geburtsdatum:	Familienstand: Anzahl Kinder:
D	Ausgeübter Beruf:	Selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E	Name des Arbeitgebers:	
F	Anschrift:	
G	Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von wem: monatl. €	
H	Art und Umfang der Verletzung:	
I	Sicherheitsgurte angelegt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
J	Krankenhausaufenthalt von: bis (voraussichtlich):	
K	Name und Anschrift des Krankenhauses und/oder der ambulant behandelnden Ärzte:	
L	Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von: bis (voraussichtlich):	
M	Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?	
N	Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
O	Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?	
P	Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Q	Bei welcher Anstalt?	

Ort/Datum

Unterschrift

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich wegen des Unfall vom behandelt haben, gegenüber meinen Rechtsanwälten Niendorf & Bansemer, Hohe Bleichen 18, 20354 Hamburg, und gegenüber der

(Versicherungsgesellschaft)

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Hamburg, den

Ort, Datum

Unterschrift