

Personenschäden

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Familienstand

Verheiratet

Ledig

Zahl und Alter der Kinder

Beruf

Selbstständig

Ja

Nein

Monatl. Nettoeinkommen in Euro

Vorsteuerabzugsberechtigung des
Anspruchstellers

Ja

Nein

Bankverbindung

Name u. Anschrift d. Arbeitgebers

Art u. Umfang der Verletzung

Krankenhausaufenthalt von - bis

Name u. Anschrift d.
Krankenhauses

Behandelnder Arzt

Ambulant behandelnde Ärzte
(Name(n), Anschrift(en))

Krankschreibung

Ja

Nein

von_bis

Krankenkasse des Verletzten

Berufs- oder Wegeunfall

Ja

Nein

zuständige Berufsgenossenschaft

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erteile ich sämtlichen Ärzten, die mich aufgrund des Unfallereignisses vom aus Anlass der Folgen behandelt haben und behandeln werden Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungen
- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie den von mir beauftragten

Brockmeier • Faulhaber • Rudolph PartGmbB Rechtsanwälte

z.Hd. **Rechtsanwalt Matthias Rudolph**

Humboldtplatz 4
48429 Rheine

Tel.: 05971 91450-5

Fax: 05971 91450-75

zusenden.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort, Datum:

Unterschrift: