



**Bei Personenschäden zusätzlich angeben:**

Name:	Ausgeübter Beruf:
Vorname:	selbständig?    ja    nein
Straße:	monatliches Nettoeinkommen:
PLZ, Ort:	Name/ Anschrift d. Arbeitgebers:
Geburtsdatum:	
Familienstand:	Art und Umfang der Verletzung:
Zahl der Kinder:	
Krankenkasse:	
krank geschrieben vom:                      bis:	Krankenhausaufenthalt vom:                      bis:
Name und Anschrift des behandelnden Arztes:	Name und Anschrift des Krankenhauses:

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)?    ja    nein

zuständige Berufsgenossenschaft:

falls gesetzlich rentenversichert, Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

Rentenversicherungsnummer:

**ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG DER SCHWEIGEPFLICHT**

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des obigen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Datum:

Unterschrift: