



Verletzungen

1. Wurden Sie verletzt?

Ja

Nein

Falls ja, vollständige Adresse des Krankenhauses bzw. des behandelnden Arztes:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

2. Welche Art von Verletzungen haben Sie erlitten?

Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber:

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)