

6. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

- 6.1. Name des Verletzten:
6.2. Anschrift: Tel:
6.3. Geburtsdatum: Familienstand:
Zahl und Alter der Kinder:
6.4. Ausgeübter Beruf: selbständig: ja nein
Monatl. Nettoeinkommen:
6.5. Name des Arbeitgebers:
6.6. Anschrift: Tel:
6.7. Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente: ja nein Höhe: ..
von wem:
-

- 7.1. Art u. Umfang der Verletzungen:
7.2. Sicherheitsgurt angelegt: ja nein
7.3. Krankenhausaufenthalt von: bis (voraussichtlich)
7.4. Name und Anschrift d. Krankenhauses:
7.5. Ambulant behandelnde Ärzte:
7.6. Ist der Verletzte hauskrank geschrieben: ja nein vom bis (voraussichtlich)
7.7. Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an:
7.8. Lag Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Wege von und zur Arbeit: ja nein
7.9. Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig:
7.10. Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert: ja nein
7.11. Bei welcher Anstalt:

| | |
|--|--|
| <p>Zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist die Überprüfung von Angaben erforderlich, die ich zur Begründung meines Anspruches gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.</p> <p style="text-align: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> | <p>Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift</p> |
|--|--|