

BEI ANSPRÜCHEN WEGEN PERSONENSCHÄDEN

Name des Verletzten: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Zahl und Alter der Kinder: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Selbständig? Ja Nein Monatliches Nettoeinkommen: € _____

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja Nein Von wem? _____ monatl. € _____

Art und Umfang der Verletzung: _____

Sicherheitsgurte angelegt? Ja Nein

Krankenhausaufenthalt vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Name und Anschrift des Krankenhauses: _____

Ambulant behandelnde Ärzte: _____

Ist der Verletzte hauskrankgeschrieben? Ja Nein vom _____ bis (voraussichtlich) _____

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? _____

Lag ein Berufsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit? Ja Nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? _____

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja Nein

Bei welcher Anstalt? _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Versicherung des Schadensstifters meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung der von mir wegen oben genannten Unfall geltend gemachten Schadensersatzansprüche erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meinen Krankenvers.) übergegangen sind.

Einwilligung in die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden, wenn ich über die jeweilige Datenweitergabe unterrichtet werde.

Einwilligung in die Abfrage meiner Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung der geltend gemachten Schadensersatzansprüche erforderlich ist - bei den von mir genannten Stellen (insbesondere Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenhäusern sowie Behörden) erhebt und für diesen Zweck verwendet. Ich entbinde die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwälten in Ablichtung zugesandt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten