

# Fragebogen Personenschäden

Name, Vorname des/der Verletzten \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Zahl und Alter der Kinder \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ selbständig ja  nein  Monatl. Nettoeinkommen \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigung des Anspruchstellers: ja  nein

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzung \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte

Name(n) und Anschrift(en) \_\_\_\_\_

Krankschreibung ja  nein  vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Verletzten \_\_\_\_\_

Berufs- oder Wegeunfall ja  nein

zuständige Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_

**Schweigepflichtentbindungserklärung** ja  nein

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 vor mir beauftragten \_\_\_\_\_

**Rechtsanwalt Michael Mersch**

**Fachanwalt für Verkehrsrecht  
Fachanwalt für Familienrecht**

zusenden.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_