

Entbindungserklärung

Herr / Frau _____

geb. am _____

Wohnort _____

Unfall/Ereignis vom _____

Unfall/Ereignisort _____

entbindet hiermit alle Ärzte, die aus Anlass des oben genannten Unfallereignisses behandelt haben bzw. behandelt werden von der

ärztlichen Schweigepflicht

und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten

und bittet weiter darum, dass die von mir beauftragte

Rechtsanwaltskanzlei Peter Herzog, Dr. Klaus Eickelpasch u. Kollegen
Prof.-Bamann-Str. 10-12, 89423 Gundelfingen

gleichzeitig eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

89423 Gundelfingen, den _____

Unterschrift

(bei Minderjährigen durch die
Erziehungsberechtigten)

Zunächst wird auf die beiliegende Entbindungserklärung mit den dort gemachten Angaben verwiesen!

Ärztlicher Kurzbericht

Verletzte Person _____

Berufliche Tätigkeit vor Unfall/Ereignis: _____

wird / wurde vom _____ bis _____

bei mir (weiter-) behandelt (Behandlungstage) _____

Verordnungen: _____

Kurzdiagnose: _____

Sicherheitsgurt? angelegt nicht angelegt nicht bekannt

Schutzbekleidung? getragen nicht getragen nicht bekannt

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? Röntgen CT Kernspin

Fand eine stationäre Behandlung statt? ja nein
wenn ja; vom _____ bis _____

In welchem Krankenhaus? _____

Behandlungsmaßnahmen? _____

ambulante Behandlungstage: _____

Wann kam d. Verletzte in Ihre Behandlung? _____

Wer behandelte d. Verletzte(n) vor Ihnen? _____

Ist d. Patient(in) d. Behandlung regelmäßig nachgekommen? ja nein

Wann haben Sie d. Verletzte(n) zuletzt gesehen? _____

Ist die Behandlung bereits abgeschlossen? ja nein

Welche weiteren Heilmaßnahmen sind ggf. noch erforderlich?

Worin ist ein etwaiger Dauerschaden zu sehen ? _____

Wie hoch schätzen Sie die dauernde Beeinträchtigung ? _____

Inwieweit besteht eine Einschränkung bei der Tätigkeit im Haushalt ?

Können insbesondere schwere Haushaltstätigkeiten (Putzen, Wäsche aufhängen, Fensterputzen, Außenarbeiten etc.) durchgeführt werden ? ja nein

Kann d. Verletzte alleine ausgehen oder bedarf er fremde Hilfe ?

Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit (MdE) durch den Unfall:

(Bitte auch bei Schülern, Rentnern und Hausfrauen ausfüllen !)

zu _____ % vom _____ bis _____
zu _____ % vom _____ bis _____
zu _____ % vom _____ bis _____

Haben Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt ?

ja vom: _____ bis _____ nein

Ist d. Patient wieder in der Lage ihrer/seiner Beschäftigung voll nachzugehen ?

ja nein; (wegen) _____

Dauerschäden: _____

wenn ja, wegen: _____

Erwerbsminderung: _____ %

Wiederherstellung: _____

Raum für ärztliche Anmerkungen oder/und Hinweise:

Stempel d. Arzt	Kosten d. Arzt für diesen Bericht
	€ _____
_____, den _____	Bankverbindung: _____
Ort Datum	Kto.Nr. _____
_____ Unterschrift des Arztes	BLZ: _____