

1. Halter des Fahrzeuges:

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnr.)

(PLZ, Ort)

Kennzeichen: _____

Typ/Marke: _____

Erstzulassung: _____ km-Stand: _____

3. eigene Haftpflichtversicherung

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Versicherungsscheinnr.

5. Rechtsschutzversicherung

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Versicherungsscheinnr./Selbstbeteiligung

Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Unfalltagmitteilung vorhanden? Ja/nein

Polizeidienststelle: _____

2. Fahrer des Fahrzeuges:

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnr.)

(PLZ, Ort)

4. Vollkasko-/Teilkaskoversicherung

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Versicherungsscheinnr./Selbstbeteiligung

**6. Umfang der Schäden am Fahrzeug
(kurze Schilderung):**

7. körperliche Beschwerden (kurze Schilderung):

8. behandelnder Arzt/Krankenhaus:

(Name, Vorname/Krankenhaus)

(Straße, Hausnr.)

(PLZ, Ort)

Unfallskizze

ERKLÄRUNG

zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich _____ (Vorname, Name), _____ (Geburtsdatum),
_____ (Anschrift)

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

unter der Bedingung, dass die von mir **beauftragte Rechtsanwältin**

Frau Katharina Paul – Augustastraße 20 – 47198 Duisburg
(Tel.: 02842 – 92 96 400; Fax: 02842 – 92 96 401)

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

_____, den _____

(Unterschrift)