

# Entbindungserklärung

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Unfall/Ereignis vom \_\_\_\_\_

entbindet hiermit **alle** Ärzte, die aus Anlass des oben genannten Unfallereignisses behandelt haben bzw. behandeln 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 Dr. Eickelpasch, Gehring, Herzog & Kollegen**  
**Prof.-Bamann-Str. 10-12, 89423 Gundelfingen**

gleichzeitig eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

89423 Gundelfingen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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: _____