

Mitglieds-Nr. _____
Name: _____ Tel: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____ Fax: _____

BDA-Versicherungsreferat
Roritzerstr. 27/IV

90419 Nürnberg

Per E-Mail:
versicherung@bda-ev.de

Per FAX:
0911/3938195

Strafrechtliches Ermittlungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass gegen mich als Beschuldigte(r) wegen des Verdachts der

- | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fahrlässigen Körperverletzung | <input type="checkbox"/> unterlassenen Hilfeleistung |
| <input type="checkbox"/> fahrlässigen Tötung | <input type="checkbox"/> _____ |

zu Lasten des Patienten _____ (Name bitte abkürzen)
strafrechtlich ermittelt wird.

Der Zwischenfall ereignete sich am _____
Näheres entnehmen Sie bitte der anliegenden Sachverhaltsschilderung (bitte beifügen und Daten
Dritter anonymisieren).

Ich bin Mitglied des BDA seit _____

Mit der Wahrnehmung meiner Interessen habe ich Herrn/Frau Rechtsanwalt/-anwältin

Name: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax: _____ beauftragt.

Es besteht für mich anderweitiger Rechtsschutz (RSV):

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigene RSV | <input type="checkbox"/> RSV über den Arbeitgeber |
| <input type="checkbox"/> sonstige RSV | |

Damit eine weitere Bearbeitung/Deckungsbestätigung möglich ist, bin ich mit der Übermittlung dieser
Daten/Informationen an die Funk Hospitalversicherungsmakler GmbH einverstanden.

Datum

Unterschrift