

## Aufnahmebogen in Unfallsachen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen – soweit Ihnen dies möglich ist – sorgfältig und vollständig aus. Ihre Daten werden für die Bearbeitung Ihrer Rechtssache benötigt, unterliegen dem Anwaltsgeheimnis und werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert.

### Halter des Fahrzeugs

Vorname / Name

Straße PLZ Ort

Telefon privat Mobil

Telefon geschäftlich

Korrespondenz per Fax erwünscht?  Ja  Nein   
 Fax

Korrespondenz per E-Mail erwünscht?  Ja  Nein   
 E-Mail Adresse

Bank BLZ Konto-Nummer

Name der Rechtsschutzversicherung

Versicherungs-Nummer Versicherungsnehmer

Selbstbeteiligung:  Ja  Nein   
 Wenn ja, wie hoch?

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Name Ihres Versicherungsvertreters

Vorsteuerabzugsberechtigt:  Ja  Nein

### Fahrer des Fahrzeugs

Vorname / Name

Straße PLZ Ort

Telefon privat Mobil

Telefon geschäftlich

Korrespondenz per Fax erwünscht?  Ja  Nein   
 Fax

Korrespondenz per E-Mail erwünscht?  Ja  Nein   
 E-Mail Adresse

## Fahrer des Fahrzeugs

(Fortsetzung)

Bank	BLZ	Konto-Nummer
Name der Rechtsschutzversicherung		
Versicherungs-Nummer	Versicherungsnehmer	
Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie hoch?	
Anschrift der Versicherungsgesellschaft		
Name Ihres Versicherungsvertreters		
Vorsteuerabzugsberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## Angaben zum geschädigten Fahrzeug:

Fabrikat	Erstzulassung	
km-Stand	Amtliches Kennzeichen	
Name der Versicherung bei Unfallzeitpunkt		
Versicherungsnummer:		
Vollkasko <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Höhe der Selbstbeteiligung	
Teilkasko <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Höhe der Selbstbeteiligung	
Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

## Halter des Fahrzeugs beim Unfallgegner

Vorname/Name		
Straße	PLZ	Ort

## Fahrer des Fahrzeugs beim Unfallgegner

Vorname/Name		
Straße	PLZ	Ort

## Fahrzeug des Unfallgegners

\_\_\_\_\_

Fabrikat

\_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen

\_\_\_\_\_

Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

## Allgemeine Unfallangaben

\_\_\_\_\_

Unfallort

\_\_\_\_\_

Unfalltag

\_\_\_\_\_

Unfallzeit

\_\_\_\_\_

Sicht und Straßenverhältnisse am Ort und zur Zeit des Unfalls

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Dienststelle?

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen

\_\_\_\_\_

Name des Polizeibeamten

Sind Zeugen für den Unfall vorhanden?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Zeuge 1: Vorname/Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Zeuge 2: Vorname/Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Zeuge 3: Vorname/Name

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Telefon

**Unfallschilderung:**

**Unfallskizze:**

Waren Sie schon Mandant bei uns?  Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Kanzlei aufmerksam (Empfehlung, Internet etc.)?

Die Informationen gemäß § 2 Abs. 1 Dienstleistungs-Informationspflichtenverordnung wurden durch Übergabe eines entsprechenden Informationsblattes erteilt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bei Personenschäden bitte zusätzlich Blatt 5 ausfüllen!**

## Personenschäden

Name des Verletzten

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Familienstand

Anzahl der Kinder

Ausgeübter Beruf

Selbstständig:  Ja  Nein

Monatliches Nettoeinkommen

Name des Arbeitgebers

Straße

PLZ

Ort

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente?  Ja  Nein

Wenn ja, von wem?

Monatlicher Betrag

### Art und Umfang der Verletzung

Sicherheitsgurt angelegt:  Ja  Nein

Name des Krankenhauses

Straße

PLZ

Ort

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?

### Ambulant behandelnde Ärzte:

Ist der Verletzte krankgeschrieben?  Ja  Nein

Wenn ja, von

bis (voraussichtlich)

Lag ein Berufsunfall vor bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zu der Arbeit?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Berufsgenossenschaft ist zuständig?

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Anstalt?