

# Unfallfragebogen

<p><b>Anspruchsteller (Geschädigter)</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p> <p>Konto - Nr.:                      BLZ:</p> <p>Bank:</p>	<p><b>Gegner (Schädiger)</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p>
<p><b>Fahrer:</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p>	<p><b>Fahrer des gegnerischen Fahrzeuges:</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ, Ort:</p>
<p><b>Kfz-Kennzeichen:</b></p> <p>versichert bei:</p> <p>Police - Nr.:</p>	<p><b>Kfz-Kennzeichen (Gegner):</b></p> <p>versichert bei:</p> <p>Police - Nr.:</p>
<p><b>Unfallort:</b></p> <p><b>Unfalltag:</b>                      <b>Unfallzeit:</b></p>	
<p><b>Unfallschilderung:</b></p>	
<p>Welche <b>Polizeidienststelle</b> hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)? Ist ein Aktenzeichen bekannt?</p> <p><b>Unfallzeugen:</b> Name und Anschrift:</p> <p>Weitere, am Unfall beteiligte Personen:</p>	
<p><b>Angaben zum beschädigten Fahrzeug:</b></p> <p>Fahrzeugart:                      Typ:                      Baujahr:                      km-Stand:</p> <p>Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen? ja / nein                      Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? ja / nein</p> <p>Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten: €                      vorauss. Reparaturdauer:                      Tage</p> <p>Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:</p>	

Art und Umfang der Fahrzeugschäden (ggfalls Kostenvoranschlag beifügen):

**Bei Personenschäden zusätzlich angeben:**

Name:

Ausgeübter Beruf:

Vorname:

selbständig? ja/ nein

Straße:

monatliches Nettoeinkommen: €

PLZ, Ort:

Anschrift d. Arbeitgebers:

Geburtsdatum:

Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein

Familienstand:

Art und Umfang der Verletzung:

Zahl der Kinder:

Krankenkasse (Name / Ort):

Hauskrank geschrieben vom: bis:

Krankenhausaufenthalt vom: bis:

Anschrift des behandelnden Arztes:

Anschrift des Krankenhauses:

Name:

Name:

Straße:

Straße:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Lag ein Berufsunfall vor (z.B. auf dem Weg von oder zur Arbeit)? ja / nein

zuständige Berufsgenossenschaft:

falls gesetzlich rentenversichert, Anschrift der Rentenversicherungsanstalt:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Rentenversicherungsnummer:

Datum:

Unterschrift:

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

---

(Vorname, Name, Anschrift)

alle Ärzte, die mich aus Anlass des Unfalls vom ..... behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt Christian Kössl, Walter-Eucken-Str. 8 in 85716 Unterschleißheim gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_