

## UNFALLFRAGEBOGEN

### **Anspruchsteller (Geschädigter):**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefax:

IBAN:

BIC:

Bank:

---

### **Gegner (Schädiger):**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefax:

---

### **Fahrer:**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

---

### **Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs:**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

---

### **Kfz-Kennzeichen:**

Versichert bei:

Police - Nr.:

---

**Kfz-Kennzeichen (Gegner):**

Versichert bei:

Police - Nr.:

---

**Unfallort:**

**Unfalltag:**

**Unfallzeit:**

---

**Unfallschilderung:**

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen (Anschrift)?

Unfallzeugen:

Name und Anschrift:

Weitere, am Unfall beteiligte Personen:

---

**Unfallskizze:**

**Angaben zum beschädigten Fahrzeug:**

Fahrzeugart:                      Typ:                      Baujahr:                      km-Stand:

Gehört das Fahrzeug zum Betriebsvermögen?                      ja                      nein

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung?                      ja                      nein

Höhe der unfallbedingten Wiederherstellungskosten:  
voraus. Reparaturdauer:

Das Fahrzeug kann besichtigt werden bei:  
Art und Umfang der Fahrzeugschäden:

Name:  
Vorname:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
Geburtsdatum:  
Familienstand:  
Zahl der Kinder:  
Krankenkasse (Name / Ort):  
Hauskrank geschrieben vom:                      bis:  
Anschrift des behandelnden Arztes:  
Name:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
Ausgeübter Beruf:  
selbständig?                      ja                      nein  
monatliches Nettoeinkommen:  
Anschrift d. Arbeitgebers:

Sicherheitsgurt angelegt?                      ja                      nein

---

**Bei Personenschäden zusätzlich angeben:**

Art und Umfang der Verletzung:  
Krankenhausaufenthalt vom:                      bis:  
Anschrift des Krankenhauses:  
Name:  
Straße:  
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:

Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Auftraggebers/Mandanten, ggfs. mit Firmenstempel

### **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des obigen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Auftraggebers/Mandanten, ggfs. mit Firmenstempel