



Heiko M. Schaefer

Michael Lang

Rechtsanwälte

Brotstr. 13 | 54290 Trier

Tel. (0651) 978 900

Fax (0651) 978 90 29

www.rechtsanwalt-schaefer.de

Verkehrsunfall-Aufnahmebogen

I. Unfallbeteiligte Personen

	Mandant	Unfallgegner
Vorname		
Name		
Straße		
Geburtsdatum		
PLZ, Ort		
Tel.		
Mobil		
Email		
Arbeitgeber		
Fahrzeugart		
Fz.Hersteller		
Fahrzeugtyp		
KM-Stand		
Amtl. Kennz.		
Erstzulassg.		
Erstbesitzer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Leasingfz. ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Leasingbank		
Firmenfz. ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
VSt.-Abzug ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Haftpflicht		
HP-Vers.-Nr.		
Kaskovers.		
Kasko-Nr.		
Kasko-Art		
Kasko-SB		
Rechtsschutz		
RS-Nr.		

Falls Halter abweichend von Fahrer :

	Mandantenseite	Unfallgegner
Vorname		
Name		
Straße		
PLZ, Ort		
Tel.		

Bankverbindung des Mandanten:

Kreditinstitut	
BLZ	
IBAN	

Ort	
Kto.-Nr.	
SWIFT	

II. Allgemeine Unfallangaben

Unfallort: _____

Unfalldatum: _____ Unfallzeit: _____

Polizeidienststelle: _____ Tagebuchnr.: _____

Zeugen: _____

III. Angaben Sachschaden Mandant:

Fahrzeugschaden: _____ €

Sachverständiger: _____ €

Sonstige Schäden: _____ €

_____ €

_____ €

Reparaturbetrieb: _____

IV. Personenschaden Mandant:

Bei Personenschäden wird für jeden Arzt eine gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung benötigt. Diese finden Sie auch auf www.rechtsanwalt-schaefer.de.

Art und Umfang der Verletzungen:

Behandelnder Arzt: _____

Ggf. Krankenhaus: _____

Dauer der ambulanten Behandlung: von _____ bis _____

Dauer des Krankenhausaufenthaltes: von _____ bis _____

Behandelnder Arzt im Krankenhaus: _____

Ggf. weiter behandelnde Ärzte:

Krankenkasse : _____

V. Unfallschilderung:

VI. Unfallskizze: