

# UNFALLFRAGEBOGEN

RECHTSANWÄLTEN DR. KÖNIG, HEINOLD UND KOLLEGEN

LUITPOLDPLATZ 6 95444 BAYREUTH

Bitte ausfüllen, soweit bekannt. Sollten Sie Hilfe benötigen rufen Sie uns einfach an! 0921 - 789790

## 1. Halter des beschädigten Fahrzeuges

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Rechtsschutzversicherung:

\_\_\_\_\_

Eigentümer des Fahrzeuges (Wichtig bei Leasing od. Finanzierung):

\_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigung des Halters:

ja  
nein

Sind (von einem Arzt begutachtete) Verletzungen aufgetreten?:

ja  
nein

## 2. Fahrzeugschaden

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Marke / Fabrikat: \_\_\_\_\_

Sachverständigengutachten liegt vor:                    ja                    nein

Kostenvoranschlag liegt vor:                                ja                                nein

Reparaturrechnung mit Bildern liegt vor:                ja                                nein

Teilkaskoversicherung:            ja            Selbstbeteiligung \_\_\_\_\_ €

Vollkaskoversicherung:            ja            Selbstbeteiligung \_\_\_\_\_ €

## 3. Unfallschilderung

Unfallort:

Unfalltag / Unfallzeit:

Name und Anschrift von Unfallzeugen:

\_\_\_\_\_

Unfall von der Polizei aufgenommen:                ja                                nein

Aufnehmende Polizeidienststelle: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen / Tagebuchnr.: \_\_\_\_\_

Unfallschilderung:

\_\_\_\_\_

#### 4. Unfallgegner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnr. \_\_\_\_\_

Schadennr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

#### 5. Personenschäden

Name, Vorname des/der Verletzten:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Selbstständig: ja nein

Monatl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ Euro

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzung:

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses:

\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt:

\_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte:

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift :

\_\_\_\_\_

Krankschreibung: ja, von \_\_\_\_\_ voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Verletzten:

Berufs- oder Wegeunfall: ja nein

Zuständige Berufsgenossenschaft:

\_\_\_\_\_

## **6. Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich sämtliche Ärzte die mich aufgrund des Unfalls vom..... behandelt haben bzw. noch behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilen und davon jeweils gleichzeitig und unaufgefordert eine Kopie den von mir beauftragten

**Rechtsanwälten  
Dr. König, Heinold und Kollegen  
Luitpoldplatz 6  
95444 Bayreuth**

**Tel: 0921 - 789790 Fax: 0921- 7897979 E-mail: [info@drkoenigheinold.de](mailto:info@drkoenigheinold.de)**

zusenden.

---

Datum, Unterschrift