

# UNFALLFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragenbogen möglichst vollständig in DRUCKBUCHSTABEN aus.  
Sie erleichtern uns damit erheblich die Besprechung bzw. Bearbeitung Ihres Verkehrsunfalles. Vielen Dank!

1. IHRE DATEN		2. DATEN DES UNFALLGEGNERS	
HALTER / EIGENTÜMER	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
	Tel. privat		
	Tel. Büro		
	Tel. mobil		
	Telefax		
	E-Mail		
FAHRER	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
KFZ	Typ		
	Amtl. Kz.		
HALTER	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
VERSICHERER	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
	Vers.-Nr.		
	Schd.-Nr.		
FAHRER	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
KFZ	Typ		
	Amtl. Kz.		

3. IHRE BANKVERBINDUNG			
Kontoinhaber		Bank	
IBAN		BIC	

4. IHRE RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG			
Versicherer		Vers.-Nr.	
Versicherungsnehmer		Schaden-Nr.	

5. ANGABEN ZU IHREM FAHRZEUG	
5.1. Auf wen ist das Fahrzeug angemeldet? (Bitte Kfz-Schein in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> Auf mich	<input type="checkbox"/> Auf:
	Herrn/Frau/Firma
	Straße
	PLZ, Ort
5.2. Ist Ihr Fahrzeug vollkaskoversichert?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:
	Versicherer
	Straße
	PLZ, Ort
	Vers.-Nr.
	Selbstbeteiligung <input type="checkbox"/> 150 € <input type="checkbox"/> 300 € <input type="checkbox"/> 500 € <input type="checkbox"/> 1.000 € <input type="checkbox"/>
5.3. Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	
5.4. Ist das Fahrzeug geleast? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	
5.5. Ist das Fahrzeug finanziert? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	
5.6. Ist das Fahrzeug bislang ausschließlich in markengebundenen Fachwerkstätten repariert und gewartet worden (Nachweis durch Serviceheft möglich)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	

### 6. ALLGEMEINE ANGABEN ZUM UNFALL

Unfalltag		Unfallort	
Unfallzeit	ca.                              Uhr	Straße	
Wetter		Fahrtrichtung	

### 7. UNFALLSKIZZE

Bitte zeichnen Sie hier die Fahrzeuge zum Unfallzeitpunkt ein:

Beispiel:

### 8. UNFALLSCHILDERUNG

Geschwindigkeiten zum Unfallzeitpunkt (ca.)	Mein Fahrzeug:	km/h	Unfallgegner:	km/h
---	----------------	------	---------------	------

### 9. ZEUGEN & POLIZEI

9.1. Haben Sie Zeugen (neutrale Zeugen oder Insassenzeugen im eigenen Fahrzeug)?

		ZEUGE 1	ZEUGE 2	ZEUGE 3
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Name			
	Straße			
	PLZ, Ort			

9.2. Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Polizeiinspektion	
	Straße	
	PLZ, Ort	
	Aktenzeichen	

10. VERLETZUNGEN	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Art der Verletzungen: ↓ (Wenn „Nein“ angekreuzt wird, muss diese Seite des Fragebogens im Übrigen nicht ausgefüllt werden.)	

11. KRANKENVERSICHERUNG / WEGEUNFALL	
11.1. Sind Sie privat krankenversichert?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Haben Sie einen Tarif mit Selbstbeteiligung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:    € / Jahr
	Haben Sie einen Tarif mit Beitragsrückerstattung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:    Beiträge / Jahr
11.2. Handelt es sich um einen Wegeunfall (z. B. bei Fahrt zum oder vom Arbeitsplatz)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

12. LISTE DER KRANKENHÄUSER UND ÄRZTE			
Namen und Adressen der behandelnden Krankenhäuser bzw. Ärzte (ggf. auch Facharztbezeichnung):			
1.	Name		ggf. Facharzt für:
	Straße		
	PLZ, Ort		
2.	Name		ggf. Facharzt für:
	Straße		
	PLZ, Ort		
3.	Name		ggf. Facharzt für:
	Straße		
	PLZ, Ort		
4.	Name		ggf. Facharzt für:
	Straße		
	PLZ, Ort		

13. SCHWEIGEPFLICHT-ENTBINDUNGSERKLÄRUNG	
Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften, b. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie c. den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen des Patienten bzw. der Patientin, unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen.	
Unfalldatum	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Ort, Datum	Unterschrift