

Erfassungsbogen - Verkehrsrecht

Tag / Datum:	Zeit (von bis):	Ort:

Mandant / Anspruchsteller

Nachname oder Firma:		
Vorname / Familienstand / Kinder?:		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Handy:		
E-Mail / Fax:		
Post über E-Mail?:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum/ -ort:		

Fahrer (wenn abweichend vom Mandant)

Nachname / Vorname:		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
E-Mail:		
Telefon / Fax – privat:		
Telefon / Fax – dienstlich:		

Bankverbindung Mandant (Intern zu vermerken !)

Inhaber der Bankverbindung:		
Bank / Kreditinstitut:		

Kontonummer / Bankleitzahl:			
IBAN / BIC:			
Führerschein / Klasse:			
Ausgestellt am:	Ausgestellt von:		
Sichergestellt am / durch:			
Monatliches Einkommen Brutto / Netto:			
Rechtsschutzversicherung:			
Rechtsschutzversicherer:			
Versicherungsnehmer:			
Versicherungsnummer:			
Schadensnummer:			
Selbstbeteiligung:		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	EUR
Empfehlung durch:		Rechtsschutz <input type="checkbox"/> Andere:	
Unfallgegner / Versicherungsnehmer (VN)			
Amtliches Kennzeichen von Fahrzeug:			
Marke / Hersteller / Typ:			
Halter (Name / Vorname):			
Straße / Hausnummer:			
PLZ / Ort:			
Telefon / Fax:			
Fahrer (Name / Vorname):			
Straße / Hausnummer:			
PLZ / Ort:			
Telefon / Fax:			

Geschäftsführer: Dr. Christian Kister
HRB 518008 (AG Jena)
Steuernummer: 157/112/07918
Bankverbindung: Deutsche Bank
IBAN: DE77 8207 0024 0267 3903 00

Kanzlei Mühlhausen
Schillerweg 1
99974 Mühlhausen
Telefon: 03601 8091-0
Fax: 03601 8091-15

Kanzlei Bad Langensalza
Parkstraße 3
99947 Bad Langensalza
Telefon: 03603 892525
Fax: 03603 892610

Gegnerische Haftpflichtversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft		
Straße / Hausnummer:		
Postfach:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Versicherungsnummer:		
Schadensnummer:		

Weitere Unfallbeteiligte

Amtliches Kennzeichen von Fahrzeug:		
Marke / Hersteller / Typ:		
Halter (Name / Vorname):		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Fahrer (Name / Vorname):		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		

Unfallort / Unfallzeit / Unfallhergang

Unfallort:		
Unfalldatum / Unfalluhrzeit:		
Sichtverhältnisse / Straßenzustand:		
Geschwindigkeit ca. Mandat / Unfallgegner:		

Unfallhergang:

Beweismittel

Polizeiliche Unfallaufnahme:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dienststelle:		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Aktenzeichen / Tagebuchnummer:		
Sachbearbeiter:		
Verwarnung / Strafanzeige / OWi gegen:		

Zeugen:	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Zeuge Nr. 1 (Name / Vorname):				
Straße / Hausnummer:				
PLZ / Ort:				
Telefon / Fax:				
Zeuge Nr. 2 (Name / Vorname):				
Straße / Hausnummer:				
PLZ / Ort:				
Telefon / Fax:				
Intern zu vermerken				
Kommt Mithaftung in Betracht?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Lichtbilder / Schuldanerkenntnis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
War Gurt angelegt?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Sonstige Beweismittel?				
Fahrzeugschaden Anspruchsteller				
Schadensgutachten beauftragt?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Gutachter (Name / Vorname):				
Telefon / Fax:				
Fahrzeugtyp / Hersteller:				
Amtliches Kennzeichen / Kilometerstand				
Betriebsvermögen? / Vorsteuerabzug	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Standort des Fahrzeuges:				
Erstzulassung:				

Haftpflichtversicherung – Anspruchsteller

Name der Versicherungsgesellschaft		
Straße / Hausnummer:		
Postfach:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Versicherungsnummer:		
Schadensnummer:		
Vollkasko? / Teilkasko?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Selbstbehalt:	EUR	

Intern zu vermerken

Erwerbszeitpunkt / Erwerbspreis:		EUR
Anzahl der Vorbesitzer / Vorschäden?:		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
TÜV-Fälligkeit / Hubraum / Leistung:		
Fahrzeug-Ident-Nummer:		
Hubraum / Leistung	KW	PS
Sonderzubehör:		
Lackierung (Alter, Zustand) / Bereifung		mm

Reparaturwerkstatt

Reparaturwerkstatt (Firma / Name):		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Voraussichtliche Reparaturdauer:	Tage	

Finanzierung / Leasing

Finanzierung? / Leasing?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Name der Bank / Leasinggesellschaft:		
Straße / Hausnummer:		
Postfach:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Finanzierungsvertrags-/ Leasingvertrag-Nr.:		

Sind Ansprüche abgetreten?

Nachname / Vorname / Firma des Zessionar:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Datum der Abtretung:	
Begrenzung der Abtretung:	

Schadenshöhe / besondere Abwicklungs- und Berechnungsweise?

Beachte Mitgeltende Unterlage – Gesamtschadensaufstellung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Reparaturfinanzierung erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besichtigung der beschädigten Sachen? Wo?	

Personenschaden – Anspruchsteller

Art der Verletzung:			
Krankenhausbehandlung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	von:	bis:
Name des Krankenhauses:			
Straße / Hausnummer:			

PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Voraussichtliche Behandlungsdauer:		
Behandelnder Arzt (Name, Vorname):		
Ambulante Behandlung / Nachbehandlung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	von: bis:
Name / Vorname des Arztes:		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		
Arbeitsunfähigkeit:	von:	bis:
Krankenversicherung / Versicherungs-Nr.:		
Berufs- oder Wegeunfall?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Berufsgenossenschaft / Versicherungs-Nr.:		
Rentenversicherung / Versicherungs-Nr.:		
Private Unfallvers. / Versicherungs Nr.:		
Personenfolgeschäden		
Kosten der Heilbehandlung / Zuzahlung	EUR	
Vermehrte Bedürfnisse:	EUR	
Verdienstaussfall:	EUR	
Arbeitgeber (Name / Vorname / Firma):		
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Ort:		
Telefon / Fax:		

Geschäftsführer: Dr. Christian Kister
HRB 518008 (AG Jena)
Steuernummer: 157/112/07918
Bankverbindung: Deutsche Bank
IBAN: DE77 8207 0024 0267 3903 00

Kanzlei Mühlhausen
Schillerweg 1
99974 Mühlhausen
Telefon: 03601 8091-0
Fax: 03601 8091-15

Kanzlei Bad Langensalza
Parkstraße 3
99947 Bad Langensalza
Telefon: 03603 892525
Fax: 03603 892610

Belehrung gemäß § 49b BRAO über Gebühren nach Gegenstandswert:

Gegenstandswert:	EUR
Belehrung erfolgt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Kollisionsprüfung:

Kollisionsprüfung erfolgt? / Datum / Name	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
---	---	--

Datum:		Unterschrift:	
---------------	--	----------------------	--