



**Rechtsanwältin  
Bettina Löblein**  
Anzengruberstr. 11  
82194 Gröbenzell

Tel: +49 (0)8142 - 655 4001  
Mobil: +49 (0)151 - 5616 9283  
E-Mail: anwalt.loeblein@gmx.de

## Aufnahmebogen Personenschaden-Verkehrsunfall

### Angaben des Verletzten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße u. Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Zahl u. Alter der Kinder

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Monatliches Nettoeinkommen

Selbständig  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name u. Anschrift des Arbeitgebers

Vorsteuerabzugsberechtigung  ja  nein

**Bankverbindung:**

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Kto-Nr.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

### Angaben zu den Verletzungen

Art der ärztlich festgestellten Verletzungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sicherheitsgurt angelegt?  ja  nein

**Ambulant behandelnder Arzt**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße u. Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

**Krankenhausaufenthalt stationär**

falls ja,

\_\_\_\_\_

vom

\_\_\_\_\_

bis (voraussichtlich)

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

behandelnder Krankenhausarzt

Ist der/die Verletzte krankgeschrieben?  ja  nein

falls ja,

\_\_\_\_\_

vom

\_\_\_\_\_

bis (voraussichtlich)

**Krankenkasse des/der Verletzten**

Berufs- oder Wegeunfall  ja  nein

falls ja,

\_\_\_\_\_

zuständige Berufsgenossenschaft

Ist der/die Verletzte gesetzlich rentenversichert?  ja  nein

falls ja,

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Rentenversicherungsanstalt

*Im Falle von Personenschäden ist zusätzlich eine Schweigepflichtentbindungserklärung im Original notwendig sowie eine Unfallregulierungsvollmacht für mich im Original.*

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift