

RECHTSANWALT LOTHAR BÜCHERL  
DR.-GESSLER-STR. 6  
93051 REGENSBURG

## ARBEITSBLATT IN UNFALLSACHEN

Datum: \_\_\_\_\_

**Mandant:** \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

---

### 1. Angaben zum Fahrzeug des Mandanten

**Fahrer:** \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

**Fahrzeughalter:**  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

**Eigentümer:** \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

**Leasinggesellschaft:** \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

**Verunfalltes Fahrzeug**

Marke: \_\_\_\_\_  
Modell: \_\_\_\_\_  
Kennzeichen: \_\_\_\_\_  
Erstzulassung: \_\_\_\_\_

Durch welche Gesellschaft und unter welcher Policennummer war das Fahrzeug zur Zeit des Unfalls versichert?

**Haftpflichtversicherung:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Vollkaskoversicherung:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Teilkaskoversicherung:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Rechtsschutzversicherung:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_

**2. Angaben zum Unfallgegner:**

**Fahrer:** \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

**Halter:** \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Marke: \_\_\_\_\_  
Modell: \_\_\_\_\_  
Kennzeichen: \_\_\_\_\_  
Versichert bei: \_\_\_\_\_  
Policennummer: \_\_\_\_\_  
Schadenummer des Versicherers: \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zum Unfall

**Unfallort:** \_\_\_\_\_

Fahrtrichtung von : \_\_\_\_\_ kommend

nach: \_\_\_\_\_

**Unfalltag:** \_\_\_\_\_

**Unfallzeit:** \_\_\_\_\_

Sicherheitsgurt angelegt?

Mandant: ja / nein

Gegner: ja / nein

Polizeilich aufgenommen: ja / nein

Polizeistation: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Gebührenpflichtige Verwarnung:

**Mandant:** ja / nein

Bußgeld: \_\_\_\_\_ €

Einspruch gegen Bescheid: ja / nein

**Gegner:** ja / nein

Bußgeld: \_\_\_\_\_ €

#### Alkoholtest:

**Mandant:** AAK: ja / nein      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_

BAK: ja / nein      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_

Konsumierte Alkoholika: \_\_\_\_\_

Trinkende: \_\_\_\_\_

**Gegner:** AAK: ja / nein      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_

BAK: ja / nein      Uhrzeit: \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_



**Zeugen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Schäden

**Fahrzeugschaden:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personenschaden:**

Name des Verletzten: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Zahl und Alter der Kinder: \_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
Monatliches Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bezieht der Verletzte unabhängig von diesem Unfall eine Rente? Ja / nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist der Verletzte hauskrank geschrieben? Ja / nein

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (voraussichtlich)

Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an? \_\_\_\_\_

Lag ein Arbeitsunfall vor, bzw. ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur oder von der Arbeit? Ja / nein

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ist der Verletzte gesetzlich rentenversichert? Ja / nein

Bei welcher Anstalt? \_\_\_\_\_

### **5. Schadensabwicklung:**

Soll das Fahrzeug repariert werden? Ja / nein

Liegt bereits ein Schadensgutachten vor? Ja / nein

Ist ein Restwertkäufer bereits vorhanden/bekannt?

\_\_\_\_\_

### **6. Sonstiges:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

