

## Fragebogen Personenschaden

### ANGABEN ZUM MANDANTEN (VERLETZTEN)

**1) Mandant (Verletzter):**

Vorname:

Nachname:

Anschrift:

Geb.Datum:

Telefon:

E-Mail:

Konto-Nr.:

BLZ:

Kontoinhaber:

Bank:

**2) Art der Verletzungen:**

**3) Sicherheitsgurt angelegt?**

Ja

Nein

**4) Name und Anschrift des Krankenhauses:**

Name:

Anschrift:

**5) Dauer des Krankenhausaufenthaltes :**

Vom \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

**6) Ambulant behandelnde Ärzte mit Namen und Anschrift:**

**7) Krankschreibung**

Ja

Nein

Vom \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

**8) Krankenkasse:**

**9) Berufsunfall oder Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit**  Ja

Nein

**Bei Personenschaden drucken Sie bitte gesondert die  
Schweigepflichtentbindungserklärung aus und senden Sie diese bitte ausgefüllt und  
unterschrieben per E-Mail an uns zurück!**