

Fragebogen zum
Personenschaden

Datum:

• Mandant:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Familienstand: alleinstehend verheiratet

Zahl der Kinder: ____

Geburtsdaten der Kinder: _____

• Wegeunfall?

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur oder von der Arbeit: Nein Ja

Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

• Krankenversicherer: _____

gesetzlich

privat

Beitragsrückerstattung gefährdet? ja nein

• Berufliche Tätigkeit: _____

selbständig

angestellt

arbeitslos

Monatliches Nettoeinkommen: _____ €

Ausgeübte Nebentätigkeit: _____

Nettoeinkommen aus Nebentätigkeit: _____ €

• Wird der behandelnde Arzt von Schweigepflicht entbunden?:

nein

ja

- Art und Umfang der Verletzungen:

- Krankenhausaufenthalt: von ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____

Name und Anschrift des Krankenhauses:

- Ambulant behandelnde Ärzte:

- Krankschreibung: von ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____

- Ärztliche Behandlung abgeschlossen: ja nein

- Hobbies:

(Computer, Sport, Musik)

- Haushaltsführung:

Größe d. Wohnung/Hauses:

Anzahl der im Haushalt wohnenden Personen:

Alter der Personen:

Partner berufstätig?: