

# Mandanten-Erfassungsbogen (MEB)

## -Verkehrsrecht-Unfall-

Bitte füllen Sie diesen MEB gewissenhaft in **DRUCKBUCHSTABEN** aus. Er ist die Grundlage für die Kommunikation mit Ihnen und Ihrer rechtlichen Vertretung.

### Allgemeines

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet     Anhänger     Ape (motorisiertes Dreirad)     Messe  
 Empfehlung durch \_\_\_\_\_  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung?     JA     NEIN

Wenn JA: Bei welcher Gesellschaft?

Name, Vorname:	
Straße Hausnr.	PLZ Wohnort
Telefon (Festnetz)	Handy/Mobil
E-Mail	
IBAN (Bankverbindung)	
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	

### Angaben zu eigenen Versicherungen

Kfz-Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vollkasko  mit \_\_\_\_\_ SB bzw. Teilkasko  mit \_\_\_\_\_ SB

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

# Angaben zum Unfallgeschehen

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

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

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

Polizeiliche Unfallaufnahme ?  JA  NEIN

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

## Eigenes Kraftfahrzeug

## Gegnerisches Kraftfahrzeug

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_ Fahrzeugtyp: \_\_\_\_\_

Halter: \_\_\_\_\_ Halter: \_\_\_\_\_

Fahrer: \_\_\_\_\_ Fahrer: \_\_\_\_\_

Ggf. Besonderheiten (z.B. Eigentümer nicht identisch mit dem Halter, Leasingfahrzeug etc.):

\_\_\_\_\_

Gegnerische Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Schadenummer: \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Unfallbeteiligte (Name, Adresse, Fahrzeug + Kennzeichen, Versicherung etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfallgeschehen: Bitte schildern Sie den Unfallhergang so genau wie möglich:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Skizze

## Schäden

### Fahrzeugschäden

Fahrzeug repariert?  JA  NEIN

Vorsteuerabzugsberechtigung?  JA  NEIN

Wenn ja: Mietwagen genommen?  JA  NEIN Tage: \_\_\_\_\_

Täglicher Fahrbedarf über 25 km hinaus?  JA  NEIN

Gutachter bereits beauftragt/Gutachten erfolgt?  JA  NEIN

Wenn ja: Gutachter bereits bezahlt?  JA  NEIN

### Personenschäden

Name der verletzten Person: \_\_\_\_\_

Beruf und Einkommen: \_\_\_\_\_

#### Ärztliche Erstbehandlung

Klinik/Arzt: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

#### Ärztliche Folgebehandlung

Klinik/Arzt: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

#### Weiter verbleibende Beschwerden

Art: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit über \_\_\_\_\_ Wochenärztlich; attestiert?  JA  NEIN

Besteht eine Krankenversicherung?  JA (gesetzlich)  JA (Privat)  NEIN

Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit?  JA  NEIN

Wenn ja: Name und Adresse der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

### Sonstige Schäden

Sind Ihnen durch den Unfall weitere Schäden entstanden? Z. B. kaputte Bekleidung o. ä..

---

---

---

---

### Datenschutzbestimmung

Mit der nachfolgenden Unterschrift gehe ich weder einen Vertrag noch irgendeine Verpflichtung ein. Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten für meine umfassende Beratung und Betreuung durch die Kanzlei Staab & Kollegen gespeichert, verarbeitet und ausgewertet werden dürfen. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass ich von der Kanzlei telefonisch und schriftlich kontaktiert werden darf. Dies umfasst auch die Zusendung des Newsletters. Die Kanzlei verpflichtet sich zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten, so weit dies nicht zu meiner rechtlichen Vertretung notwendig ist. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift