



### Basisdaten Verkehrsunfall

Unfalldatum	<input type="text"/>	Polizei	<input type="checkbox"/>	Vorsteuer	<input type="checkbox"/>
Unfallort	<input type="text"/>	Uhrzeit	<input type="text"/>	Vollkasko	<input type="checkbox"/>
Kennzeichen Mandant	<input type="text"/>	VK / HP	<input type="text"/>		
Kennzeichen Gegner	<input type="text"/>	VS-Nr.	<input type="text"/>		

#### Halter

#### Fahrer

Nachname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße & Nr.	<input type="text"/>	Straße & Nr.	<input type="text"/>
PLZ & Ort	<input type="text"/>	PLZ & Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
beruflich	<input type="text"/>	beruflich	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
RSV	<input type="text"/>	Bank	<input type="text"/>
VS-Nr.	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
SNR	<input type="text"/>	Kto.	<input type="text"/>
WebAkte?	<input type="checkbox"/>		

#### Fahrzeugschaden

#### Personenschaden

Gutachten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Krankenhaus?	<input type="text"/>
Totalschaden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="text"/> Tage <input type="checkbox"/> nein
Reparatur ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wegeunfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Ersatzfahrzeug	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schmerzmittel?	<input type="text"/>
Mietwagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Nutzungsausfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Diagnose:	
Tage für Geltendmachung	<input type="text"/>			
Wo erfolgt Reparatur?	<input type="text"/>	weiter behandelnder Arzt?	<input type="text"/>	

## Daten Gegner

### Halter

Nachname

Vorname

Straße & Nr.

PLZ & Ort

Telefon

Handy

Fahrer

Nachname

Vorname

Straße & Nr.

PLZ & Ort

Telefon

Handy

### Versicherungsdaten

Haftpflicht-  
versicherer

VS-Nr.

SNR:

## Unfallschilderung