

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

### **Mandantenbogen**

Herr       Frau       Betrieb/Firma

**Anschrift:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

Bank: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Ihre Rechtsschutzversicherung:**

Name: \_\_\_\_\_

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

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

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Selbstbeteiligung: \_\_\_\_\_ €

Vorsteuerabzugsberechtigung?

Ja       Nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet                 | <input type="checkbox"/> Örtliches Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten             | <input type="checkbox"/> Empfehlung            |
| <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Sonstiges             |

**Zusatzfragen:**

Gegner: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift)

Kliniken, Ärzte, Therapeuten

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Gutachten  Ja  Nein

Wegeunfall:  Ja  Nein