

# Unfallbericht



ZEIT, ORT, WETTER	Unfalldatum:	_____	Unfallzeit:	_____	
	Unfallort:	_____	Unfallstraße:	_____	
	Sichtverhältnisse:	<input type="checkbox"/> Nebel	<input type="checkbox"/> Schneefall	<input type="checkbox"/> Regen	<input type="checkbox"/> _____
	Straßenverhältnisse:	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> nass	<input type="checkbox"/> Matsch	<input type="checkbox"/> Glatteis
FAHRER	Name, Vorname:	_____	Geb. Datum:	_____	
	Privatadresse:	_____			
	Führerschein:	_____	_____	_____	
		<small>Klasse</small>	<small>Datum, Ort</small>		
	Kennzeichen Motorwagen:	_____	Kennzeichen Anhänger:	_____	
	Alkohol, Rauschmittel:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Blutprobe:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ <small>Promille</small>	
UNFALLGEGNER	Name, Vorname:	_____	Telefon:	_____	
	Anschrift:	_____	_____	_____	
		<small>PLZ</small>	<small>Ort</small>	<small>Straße</small>	
	Fahrzeug:	_____	_____	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Anhänger	
	<small>Kennzeichen</small>	<small>Bauart / Typ</small>			
	Versicherung:	_____	_____		
		<small>Gesellschaft</small>	<small>Vers. Nr.</small>		
POLIZEI	Unfallaufnahme durch Polizei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		
			<small>Dienststelle</small>		
	Verwarnung oder Bußgeld bezahlt?	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Unfallgegner		
	Führerschein eingezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Unfallgegner		
ZEUGEN	Name, Vorname:	_____	Telefon:	_____	
	Anschrift:	_____	_____	_____	
		<small>PLZ</small>	<small>Ort</small>	<small>Straße</small>	
SCHÄDEN	Personenschäden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Unfallgegner		
	Fahrzeug- schäden (Beschreibung)	eigenes Fahrzeug	_____	_____	

