



Erfassungsbogen der Michael Graf Patientenanwälte

Wir bitten Sie höflich, diesen Fragebogen für Neumandanten auszufüllen. Damit erleichtern Sie unserem Sekretariat die Erfassung Ihrer Daten und die Beratung kann sich auf die wesentlichen Punkte richten. Alle Angaben unterliegen der anwaltlichen Schweigepflicht.

IHRE DATEN:	
Firmenbezeichnung/Rechtsform (nur bei Firma):	
Vor- und Nachname:	
Beruf:	Geburtsdatum:
Straße:	
PLZ/Wohnort/Land:	
Telefon:	Fax:
E-Mail (Wichtig!):	
Wir weisen Sie daraufhin, dass wir Schreiben und Rechnungen (abweichend von § 10 RVG) zwecks Beschleunigung des Schriftverkehrs nach Möglichkeit ausschließlich per E-Mail versenden.	
RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG? , bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Ja. Ich habe eine Rechtsschutzversicherung (RSV) <input type="checkbox"/> Nein. Ich bin Selbstzahler (Beratung mind. EUR 190,-).	
Wenn eine RSV besteht, bei welcher Versicherung?:	
Versicherungsnummer / Schadennummer?:	
Seit wann besteht diese Rechtsschutzversicherung (ca.):	
GEGNERDATEN:	
Firma:	
Nachname/ Vorname:	
Straße:	
PLZ/Wohnort/Land:	
ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN, DASS MEIN FALL ANONYM IN FACHZEITSCHRIFTEN U.Ä. JURISTISCH VERÖFFENTLICHT WIRD? Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM? , bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Empfehlung (Freunde o.ä.) <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Telefonbuch (online) <input type="checkbox"/> Internet (Beitrag) <input type="checkbox"/> Fernsehbeitrag <input type="checkbox"/> Rechtsanwaltskammer <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Ich bin mit der oben angegebenen Bearbeitung und Speicherung meiner Daten einverstanden.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift des Mandanten