



## Aufnahmebogen

Bitte in Druckbuchstaben schreiben!

Name:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Telefonnummer (Festnetz):	
Telefonnummer (Handy):	
Emailadresse:	
Rechtsschutzversicherung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haftpflichtversicherung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

**Bitte nur ausfüllen, wenn es sich um eine Familienangelegenheit oder Insolvenz handelt!**

<b>Name der Frau/ des Mannes:</b>	
<b>Geburtsdatum der Frau/ des Mannes:</b>	
<b>Adresse der Frau/ des Mannes falls getrennt lebend:</b>	
<b>Name des Kindes/ der Kinder:</b>	
<b>Geburtsdatum des Kindes/ der Kinder:</b>	
<b>Adresse des Kindes/ der Kinder falls anderer Wohnsitz besteht:</b>	

**Mit folgender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben**

---

Datum

---

Unterschrift