

Auftragerteilung/ Abtretung (erfüllungshalber)/ Zahlungsanweisung

zwischen

der Rechtsanwälte MAYER GbR, bestehend aus den Gesellschaftern Hubertus Mayer, Matthias Mayer und Ronald Mayer, Mittelstraße 44, 45549 Sprockhövel

- im Folgenden Rechtsanwalt -
und

Frau/Herrn _____

- im Folgenden Auftraggeber -

wegen des Verkehrsunfalls/Vorfalls vom _____ in _____.

1. Auftrag und Abtretung der Rechtsanwaltskosten:

Aus Anlass des oben beschriebenen Schadensfalles beauftrage ich den Rechtsanwalt mit der außergerichtlichen Regulierung. Der Rechtsanwalt berechnet sein Honorar in Anlehnung an die Schadenshöhe gemäß RVG zzgl. erforderlicher Nebenkosten. Hierauf wurde ich vor Auftragerteilung hingewiesen.

Ich trete hiermit meinen Schadensersatzanspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten in Höhe des Bruttoendbetrages der Rechnung des beauftragten Rechtsanwalts unwiderruflich erstrangig erfüllungshalber gegen den Fahrer, den Halter und den Versicherer des unfallbeteiligten Fahrzeuges (Anspruchsgegner) an den Rechtsanwalt ab. Ich weise die Anspruchsgegner an, die Rechtsanwaltskosten unmittelbar an den von mir beauftragten Rechtsanwalt zu zahlen.

Der Rechtsanwalt ist berechtigt, diese Erklärung mit der Abtretung offen zu legen und den erfüllungshalber abgetretenen Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten gegenüber den Anspruchsgegnern im eigenen Namen geltend zu machen. Durch diese Abtretung werden die Ansprüche des Rechtsanwalts aus dem Rechtsanwaltsvertrag gegen mich nicht berührt. Er kann die Ansprüche gegen mich geltend machen, wenn und soweit die Anspruchsgegner keine Zahlung oder lediglich eine Teilzahlung leisten.

Dieser Anwaltsvertrag konkretisiert den bereits mündlich erteilten Auftrag und dient im Außenverhältnis gegenüber Dritten als Nachweis der Auftragerteilung und der Regelung der Vergütung.

2. Zahlung an Auftraggeber:

Der Rechtsanwalt wird von mir ermächtigt, folgende Kontodaten an die Anspruchsgegner weiterzugeben, damit diese sämtliche Zahlungen auf dieses Konto, soweit diese nicht abgetreten sind, überweisen:

Kontoinhaber:		
Kreditinstitut:		
IBAN-Nummer:		
BLZ:		
Kontonummer:		
Vorsteuerabzugs- berechtigt:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Der Rechtsanwalt wird von mir über jede Zahlung unverzüglich unterrichtet, sollte dieser nicht angekündigt sein.

Sprockhövel, den _____

Unterschrift Auftraggeber

VOLLMACHT

Soweit Zustellung statt an die Bevollmächtigten auch an die Partei unmittelbar zulässig sind (z.B. § 16 FGG, § 8 VwZG), wird gebeten, diese nur an meine Bevollmächtigten zu bewirken.

Den Rechtsanwälten

Matthias Mayer, Ronald Mayer, Andreas Müller, Susanne Jacobs-Tschorn und Jeannine Scholz

Mittelstraße 44

45549 Sprockhövel (Haßlinghausen)

wird hiermit von

gegen

wegen des Verkehrsunfalls vom

Vollmacht für den außergerichtlichen erteilt.

Die Vollmacht ermächtigt zu allen den Rechtsstreit betreffenden Prozesshandlungen, insbesondere zur Erhebung der Widerklage, zur Vornahme und Entgegennahme von Zustellungen (ausgenommen ist die Empfangsvollmacht für Kfz-Restwertangebote), zur Bestellung eines Vertreters, zur Beseitigung des Rechtsstreits durch Vergleich, Verzicht und Anerkenntnis, zur Einlegung und Zurücknahme von Rechtsmitteln und zum Verzicht auf solche, ferner zur Empfangnahme von Geldern und Wertsachen (ausgenommen ist die Empfangsvollmacht für Kfz-Restwertangebote), insbesondere des Streitgegenstandes und der vom Gegner, der Justizkammer oder anderen Stellen zu erstattenden Kosten.

Die Vollmacht erstreckt sich auch auf Nebenverfahren, z.B. Arrest und einstweilige Verfügung, Kostenfestsetzung, Zwangsvollstreckung einschließlich der aus ihr erwachsenen besonderen Verfahren (z.B. ZPO §§ 726 - 732, 766 - 774, 785, 805, 872 ff. u.a.), Zwangversteigerung und Zwangsverwaltung, Hinterlegungsverfahren, Vergleichsverfahren und Konkurs.

Sprockhövel, den

(Unterschrift)

Einwilligung zur Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten

Akte:

Ich willige ein, dass nur meine Gesundheitsdaten, die von mir selbst oder meinen von mir beauftragten Rechtsanwälten MAYER zur Verfügung gestellten Gesundheitsdaten von der regulierungspflichtigen Versicherung erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich nicht, dass diese Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben, erhoben, gespeichert oder genutzt werden.

Die Einwilligung umfasst ausdrücklich nicht, dass die regulierungspflichtige Versicherung oder von ihr beauftragte Dritte Arztberichte oder Atteste bei den behandelnden Ärzten erhebt.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße)

Anschrift (PLZ/Ort)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

ERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von ihrer gesetzlichen und vertraglichen der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen
- b) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- c) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahme schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwälte

Rechtsanwälte MAYER

Mittelstraße 44
45549 Sprockhövel (Haßlinghausen)

zusenden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße): _____

Anschrift (PLZ/Ort): _____

Sprockhövel, den _____

(Unterschrift)

Aufstellung der notwendigen Fahrten:

Name: _____ AZ: _____

Nr.	Datum	Bezeichnung/Grund der Fahrt	Selbst gefahren (ja/nein)	Dauer der gesamten Fahrt	km der gesamten Fahrt
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
Gesamt:					

Schmerztagebuch

Name: _____

AZ: _____