



Fragebogen Erbausschlagung

Angaben des Verstorbenen	
Name	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsort	
Geburtsdatum	
Sterbeort	
Sterbedatum	
Staatsangehörigkeit	
Straße / Hsnr.	
PLZ / Ort	
Zuständiges Amtsgericht	
Aktenzeichen	
Testament	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben des Ausschlagenden	
Name	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsort	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Straße / Hsnr.	
PLZ / Ort	
Güterstand	
Telefonnummer	
E-Mail	



Kinder des Ausschlagenden (auch verstorbene Kinder)			
	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Wohnhaft			
Bei minderjährigen Kindern: Sorgerecht	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> allein
Name / Geburtsdatum des anderen Sorgerechtstragenden			
Wohnhaft			

Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Voraussichtlicher Geburtstermin:	
------------------------------	--	----------------------------------	--

Sonstige Bemerkungen