



## Persönliche Daten der Beteiligten

Jeder Ausfüllende bestätigt, dass die Daten korrekt sind und er zur Weitergabe befugt ist.

|                      | Beteiligter 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Beteiligter 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Vorname (alle):      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Geb.-name:           | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Geb.-datum:          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Straße, Nr.:         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PLZ, Ort:            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Familienstand:       | <input type="checkbox"/> Verheiratet:<br><input type="checkbox"/> gesetzlicher Güterstand<br>(Zugewinnngemeinschaft)<br><input type="checkbox"/> Gütertrennung<br><input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Verwitwet | <input type="checkbox"/> Verheiratet:<br><input type="checkbox"/> gesetzlicher Güterstand<br>(Zugewinnngemeinschaft)<br><input type="checkbox"/> Gütertrennung<br><input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Verwitwet |
| Staatsangehörigkeit: | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Telefon:             | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| E-Mail:              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                          | Beteiligter 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Beteiligter 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                    | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Vorname ( <b>alle</b> ): | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Geb.-name:               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Geb.-datum:              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Straße, Nr.:             | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PLZ, Ort:                | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Familienstand:           | <input type="checkbox"/> Verheiratet:<br><input type="checkbox"/> gesetzlicher Güterstand<br>(Zugewinnngemeinschaft)<br><input type="checkbox"/> Gütertrennung<br><input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Verwitwet | <input type="checkbox"/> Verheiratet:<br><input type="checkbox"/> gesetzlicher Güterstand<br>(Zugewinnngemeinschaft)<br><input type="checkbox"/> Gütertrennung<br><input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Verwitwet |
| Staatsangehörigkeit:     | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Telefon:                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| E-Mail:                  | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |