

Absender

Ort, Datum

Anschrift der anerkennenden Behörde

An

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen und / oder ausfüllen

I. Unfallmeldung für Dienstunfälle von Beamtinnen und Beamten

(von der / dem Verletzten oder - falls nicht möglich - von einer / einem Dienstvorgesetzten auszufüllen)

Vor- und Familienname der/des Verletzten		Amts- oder Dienstbezeichnung		Personalnummer	
Geburtsdatum		Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)			
		<input type="checkbox"/> Hauptwohnung		<input type="checkbox"/> Nebenwohnung	
Telefon mit Vorwahl	dienstlich: privat:	Dienststelle			
Ich bitte, Unfallfürsorgeleistungen zu überweisen					
auf das Konto Nummer		bei (Geldinstitut)		Bankleitzahl	
am (Wochentag, Datum)					
Hierdurch zeige ich an, dass ich/die/der Verletzte		gegen		Uhr	
Genauere Bezeichnung der Unfallstelle:					
<input type="checkbox"/> einen Unfall bei folgender dienstlichen Tätigkeit					
<input type="checkbox"/> einen Unfall auf dem Weg von oder zur Dienststelle		regelmäßiger Weg			
		regelmäßige Dienstzeit (von - bis)		abweichende Dienstzeit am Unfalltag (von - bis)	
		Grund			
		Am Unfalltag zurückgelegter Weg			
		<input type="checkbox"/> regelmäßiger Weg		<input type="checkbox"/> Umweg (z.B. Fahrgemeinschaft, Kindergarten)	
		<input type="checkbox"/> Familienheimfahrt			
<input type="checkbox"/> private Unterbrechung des Weges (von - bis)					
<input type="checkbox"/> Grund der Unterbrechung					
<input type="checkbox"/> einen Unfall bei der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung		Art, Ort, Genehmigung			
<input type="checkbox"/> einen Unfall während <input type="checkbox"/> eines Dienstganges im Sinne des § 2 Abs. 3 HRKG <input type="checkbox"/> einer Dienstreise im Sinne von § 2 Abs. 2 HRKG		<input type="checkbox"/> von der / dem Dienstvorgesetzten angeordnet und genehmigt mit Verfügung vom _____ Aktenzeichen _____			
		<input type="checkbox"/> allgemein gestattet (z.B. durch Stunden-, Dienstplan usw.)			

Sind Dienstgegenstände beschädigt worden?			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, folgende Gegenstände wurden beschädigt, zerstört oder sind in Verlust geraten:	
<p>* Ich versichere die Richtigkeit der Unfallschilderung und den Zusammenhang der aufgeführten Verletzungen mit diesem Unfall. Ich bin damit einverstanden, dass die Entscheidungsbehörde und die Gutachter die für die Feststellung notwendigen Auskünfte über mich zu den Unfallfolgen (z.B. Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) bei Ärztinnen / Ärzten, Krankenanstalten und Behörden einsehen.</p> <p>Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärztinnen / Ärzte von der Schweigepflicht.</p> <p>* Diese Erklärung ist zu streichen, wenn eine / ein Vorgesetzte(r) die Unfallmeldung unterschreibt.</p>			
Ort, Datum		Unterschrift der / des Verletzten oder der / des (Dienst-) Vorgesetzten	
II. Stellungnahme der Leiterin / des Leiters der Beschäftigungsbehörde			
Dienststelle		Aktenzeichen, Geschäftszeichen	
Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die / der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat? (z.B. stand er unter Einfluss von Alkohol)			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, weil	
Kann möglicherweise eine Dritte / ein Dritter für den Unfall haftbar gemacht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name und Anschrift der Schädigerin / des Schädigers	
		Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung der Schädigerin / des Schädigers	
		versicherungsnummer	Schadensnummer
Wurde ein Verfahren eingeleitet?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Dienststelle und Aktenzeichen angeben)	
Hat sich der Unfall in Ausübung / infolge des Dienstes ereignet		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Die Beamtin / der Beamte ist / war unfallbedingt dienstunfähig		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist zu prüfen
		<input type="checkbox"/> ja	vom bis
		<input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung ist beigelegt	
Bei Wegeunfällen: Wann und wo war der Dienst anzutreten bzw. war er beendet?			
Bei Dienstreisen und Dienstgängen:		die Dienstreise / der Dienstgang war genehmigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		allgemein gestattet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Im übrigen weise ich darauf hin, dass			
Hat der Beamte zuvor schon Unfälle erlitten		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Unfallzeitpunkt und -art	Dienstunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Der Beamte wurde über die Unfallfürsorge §§ 30 bis 46 BeamtVG belehrt.			
Ort, Datum		Unterschrift u. Amtsbezeichnung der / des (Dienst-) Vorgesetzten	

III. Vorabentscheidung der Behörde, die den Dienstunfall anerkennt:			
Der Dienstunfall ist	<input type="checkbox"/> anzunehmen.	<input type="checkbox"/> zweifelhaft.	<input type="checkbox"/> nicht anzunehmen.
	<input type="checkbox"/> ärztlich bestätigt.	<input type="checkbox"/> ärztlich nicht bestätigt.	
Es handelt sich um einen Unfall im Sinne des § 37 BeamtVG		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> kann z. Zt. noch nicht entschieden werden	
Privater Sachschaden ist	<input type="checkbox"/> entstanden.	<input type="checkbox"/> nicht entstanden.	
Dienstlicher Sachschaden ist	<input type="checkbox"/> entstanden.	<input type="checkbox"/> nicht entstanden.	
Kopie der Unfallmeldung an die Dienststelle, die für die Geltendmachung der Schadensersatzansprüche nach § 103 HBG bzw. für die Zahlung von Dienstunfallfürsorgeleistungen zuständig ist (Übersendung der Kopien hat unverzüglich zu erfolgen):			
An			

Dienststelle			

Aktenzeichen			

Ort, Datum		Unterschrift und Amtsbezeichnung	