

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)			
		☐ Hauptwohnung ☐ 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 Genaue Bezeichnung der Unfallstelle: _____					
☐ einen Unfall bei folgender dienstlichen Tätigkeit					
☐ 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		
			☐ regelmäßiger Weg ☐ Umweg (z.B. Fahrgemeinschaft, Kindergarten) ☐ Familienheimfahrt		
			☐ private Unterbrechung des Weges (von - bis) ☐ Grund der Unterbrechung		
☐ einen Unfall bei der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung			Art, Ort, Genehmigung		
☐ einen Unfall während ☐ eines Dienstganges im Sinne des § 2 Abs. 3 HRKG ☐ einer Dienstreise im Sinne von § 2 Abs. 2 HRKG			☐ von der / dem Dienstvorgesetzten angeordnet und genehmigt mit Verfügung vom _____ Aktenzeichen _____		
			☐ allgemein gestattet (z.B. durch Stunden-, Dienstplan usw.)		

☐ einen Unfall beim Aufsuchen eines Geldinstitutes (erstmaliges Abheben eines Geldbetrages) Achtung! Entfällt mit dem Inkrafttreten des Versorgungsreformgesetzes 1998		Name und Sitz des Geldinstitutes Ort und Zeit des Unfalles
☐ einen Unfall bei der Durchführung des Heilverfahrens		
erlitten habe / hat		
☐ Der Unfall wurde erstmals am _____ angezeigt	☐ der Dienststelle ☐ der / dem (Personalien)	
Der Hergang des Unfalls stellt sich wie folgt dar (ggf. auf besonderem Blatt erläutern): 		
Eine Handskizze ist ☐ angefertigt ☐ nicht erforderlich, weil		
Unfallzeugen sind vorhanden ☐ nein ☐ nein aber von dem Unfall hat erstmals Kenntnis erhalten (Personalien angeben):		☐ ja, und zwar (Personalien angeben):
Der Unfall wurde verursacht von ☐ mir ☐ _____ von ☐	Name, Anschrift der Unfallverursacherin / des Unfallverursachers	
Der Unfall wurde polizeilich aufgenommen ☐ nein ☐ ja, von Aktenzeichen:		
Unfallfolgen (Angaben der / des Verletzten) - genaue Bezeichnung (z.B. rechter Oberarm) -	Bei Unfällen mit Todesfolgen Zeitpunkt des Todes: Anschrift der Hinterbliebenen, die Anspruch auf Unfallfürsorge haben:	
Beginn der ärztlichen Behandlung, Name und Anschrift der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes / Krankenhauses:		
Ärztliches Attest mit detailliertem Befund ☐ ist beigelegt ☐ ist nicht beigelegt, weil ☐ wird nachgereicht		
Krankenhausaufenthalt ☐ nein ☐ ja vom _____ bis _____	Anschrift des Krankenhauses	
Ist privater Sachschaden entstanden? ☐ nein ☐ ja, folgende Gegenstände wurden beschädigt, zerstört oder sind in Verlust geraten (Kaufpreis, Beschaffungsjahr, Art und Ausmaß der Beschädigung):		
Wird ein Antrag auf Sachschadenersatz gestellt? ☐ ja ☐ nein Antrag (Vordruck 1.126) ist ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht		

Sind Dienstgegenstände beschädigt worden? ☐ nein ☐ ja, folgende Gegenstände wurden beschädigt, zerstört oder sind in Verlust geraten:			
* 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. Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärztinnen / Ärzte von der Schweigepflicht. * Diese Erklärung ist zu streichen, wenn eine / ein Vorgesetzte(r) die Unfallmeldung unterschreibt.			
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) ☐ nein ☐ ja, weil _____			
Kann möglicherweise eine Dritte / ein Dritter für den Unfall haftbar gemacht werden? ☐ ja ☐ nein		Name und Anschrift der Schädigerin / des Schädigers	
		Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung der Schädigerin / des Schädigers	
		Versicherungsnummer	Schadensnummer
Wurde ein Verfahren eingeleitet?		☐ nein ☐ ja (Dienststelle und Aktenzeichen angeben)	
Hat sich der Unfall in Ausübung / infolge des Dienstes ereignet Die Beamtin / der Beamte ist / war unfallbedingt dienstunfähig		☐ nein ☐ ja ☐ ja ☐ ärztliche Bescheinigung ist beigelegt ☐ ja ☐ ist zu prüfen	
Bei Wegeunfällen: Wann und wo war der Dienst anzutreten bzw. war er beendet?			
Bei Dienstreisen und Dienstgängen:	die Dienstreise / der Dienstgang war genehmigt allgemein gestattet	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
Im übrigen weise ich darauf hin, dass _____			
Hat der Beamte zuvor schon Unfälle erlitten		☐ nein ☐ ja, Unfallzeitpunkt und -art Dienstunfall ☐ ja ☐ nein	
☐ 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	☐ anzunehmen.	☐ zweifelhaft.	☐ nicht anzunehmen.
	☐ ärztlich bestätigt.	☐ ärztlich nicht bestätigt.	
Es handelt sich um einen Unfall im Sinne des § 37 BeamtVG		☐ ja	☐ nein
		☐ kann z. Zt. noch nicht entschieden werden	
Privater Sachschaden ist	☐ entstanden.		☐ nicht entstanden.
Dienstlicher Sachschaden ist	☐ entstanden.		☐ 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	