

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)

Wichtiger Hinweis: Bitte nehmen Sie eine Kopie der Unfallmeldung und der vollständigen ärztlichen Unterlagen dauerhaft zu Ihren privaten Vorgängen, da die Originale in den Personalakten bei den zuständigen Dienststellen nur befristet aufbewahrt werden dürfen.

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					
IBAN					
BIC					
Hierdurch zeige ich an, dass ich/die/der Verletzte _____ gegen _____ Uhr am (Wochentag, Datum)					
Genauere Bezeichnung der Unfallstelle:					
<input type="checkbox"/> einen Unfall bei folgender dienstlicher 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			
<input type="checkbox"/> einen Unfall bei der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung		Am Unfalltag zurückgelegter Weg			
		<input type="checkbox"/> regelmäßiger Weg		<input type="checkbox"/> Umweg (z. B. Fahrgemeinschaft, Kindergarten)	
		<input type="checkbox"/> Familienfahrt			
<input type="checkbox"/> einen Unfall während einer Dienstreise im Sinne des § 2 Abs. 1 HRKG		<input type="checkbox"/> private Unterbrechung des Weges (von – bis)			
		<input type="checkbox"/> Grund der Unterbrechung			
<input type="checkbox"/> einen Unfall während einer dienstlichen Veranstaltung		Art, Ort, Genehmigung			
<input type="checkbox"/> einen Unfall während einer Dienstreise im Sinne des § 2 Abs. 1 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.)			

<input type="checkbox"/> einen Unfall bei der Durchführung des Heilverfahrens	
erlitten habe/hat	
<input type="checkbox"/> Der Unfall wurde erstmals am _____ angezeigt	<input type="checkbox"/> der Dienststelle <input type="checkbox"/> der/dem (Personalien)
Der Hergang des Unfalls stellt sich wie folgt dar (ggf. auf besonderem Blatt):	
Eine Handskizze ist <input type="checkbox"/> angefertigt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich, weil	
Unfallzeugen sind vorhanden <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein, aber von dem Unfall hat erstmals Kenntnis erhalten (Personalien angeben):
<input type="checkbox"/> ja, und zwar (Personalien angeben):	
Der Unfall wurde verursacht von <input type="checkbox"/> mir	Name, Anschrift der Unfallverursacherin/des Unfallverursachers von <input type="checkbox"/>
Der Unfall wurde polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 behandelten Arztes/ Krankenhauses:	
Ärztliches Attest mit detailliertem Befund <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> ist nicht beigefügt, weil <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anschrift des Krankenhauses vom _____ bis _____
Ist privater Sachschaden entstanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Gegenstände wurden beschädigt, zerstört oder sind in Verlust geraten (Kaufpreis, Beschaffungsjahr, Art und Ausmaß der Beschädigung):	
Wird ein Antrag auf Sachschadenersatz gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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 einholen.</p> <p>Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht.</p> <p>* Diese Erklärung ist n u r zu streichen, wenn eine/ein Vorgesetzte(r) die Unfallmeldung ausfüllt.</p>		
Ort, Datum	Unterschrift der/des Verletzten oder der/des (Dienst-) Vorgesetzten	
II. Stellungnahme der Leiterin/des Leiters der Beschäftigungsbehörde		
Dienststelle	Aktenzeichen, Geschäftszeichen	
<p>Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die/der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat? (z. B. stand er unter Einfluss von Alkohol)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil</p>		
kann möglicherweise eine Dritte/ein Dritter für den Unfall haftbar gemacht werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift der Schädigerin/des Schädigers	
	Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung der Schädigerin/des Schädigers	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Versicherungs-Nr.</td> <td style="width: 50%;">Schaden-Nr.</td> </tr> </table>	Versicherungs-Nr.
Versicherungs-Nr.	Schaden-Nr.	
Wurde ein Verfahren eingeleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Dienststelle u. Aktenzeichen angeben)		
Hat sich der Unfall in Ausübung/infolge des Dienstes ereignet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist zu prüfen Die Beamtin/der Beamte ist/war unfallbedingt dienstunfähig <input type="checkbox"/> nein <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:	die Dienstreise 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 §§ 35 – 53 HBeamtVG 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 § 42 HBeamtVG 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 Schadenersatzansprüche nach § 57 HBG bzw. für die Zahlung von Dienstunfallfürsorgeleistungen zuständig ist (Übersendung der Kopien hat **unverzüglich** zu erfolgen):

An

Dienststelle

Aktenzeichen

Ort, Datum

Unterschrift und Amtsbezeichnung