|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | | dienstlich: | | | | Dienststelle | | | | | | | | | | | | | |
| mit Vorwahl | | | privat: | | | |
| Ich bitte, Unfallfürsorgeleistungen zu überweisen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| auf das Konto Nummer | | | | | bei (Geldinstitut) | | | | | | | | | | Bankleitzahl | | | | | |
| IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hierdurch zeige ich an, dass ich/die/der Verletzte | | | | | | | | |  | | | | | | gegen |  | | | | Uhr |
|  | | | |  | | | | | am (Wochentag, Datum) | | | | | |  |  | | | |  |
| Genaue Bezeichnung der Unfallstelle: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| einen Unfall bei folgender dienstlicher Tätigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.125**  OFD, 11.12 | 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) | | | | | | | | | |
| Familienfahrt | | | | |
| private Unterbrechung des Weges (von – bis) | | | | | | | | | | | | | | |
| Grund der Unterbrechung | | | | | | | | | | | | | | |
|  | einen Unfall bei der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung | | | | | Art, Ort, Genehmigung | | | | | | | | | | | | | | |
|  | einen Unfall während | | | | | von der/dem Dienstvorgesetzten angeordnet und genehmigt mit | | | | | | | | | | | | | | |
|  | einer Dienstreise im Sinne des § 2 Abs. 1 HRKG | | | | Verfügung vom | | | |  | | | | Aktenzeichen | | | |  | | |
|  |  | | | | allgemein gestattet (z. B. durch Stunden-, Dienstplan usw.) | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| einen Unfall bei der Durchführung  des Heilverfahrens | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| erlitten habe/hat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Der Unfall wurde erstmals | | | | | | | | | | | | | | | der Dienststelle | | | | | | | | | |
| der/dem (Personalien) | | | | | | | | | |
| am | | |  | | | | | | | | | | angezeigt | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | | |
| Der Hergang des Unfalls stellt sich wie folgt dar (ggf. auf besonderem Blatt): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | Name, Anschrift der Unfallverursacherin/des Unfallverursachers | | | | | | | | | | | | | |
| von | | mir | | | | | | | | | von | | | | | | | | | | | | | |
| 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 behandelten Arztes/ Krankenhauses: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ärztliches Attest mit detailliertem Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ist beigefügt | | | | | ist nicht beigefügt, weil | | | | | | | | | | | | | | | | | wird nachgereicht | | |
| Krankenhausaufenthalt | | | | | | | | | Anschrift des Krankenhauses | | | | | | | | | | | | | | | |
| nein | | | | | | | | ja | | | | | | | | | | | vom |  | | | bis |  |
|  |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |
| 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? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nein | | | | ja | | | | | | Antrag (Vordruck 1.126) ist | | | | | | beigefügt | | | | | 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 einholen.**  **Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht.**  \* Diese Erklärung ist **n u r** zu streichen, wenn eine/ein Vorgesetzte(r) die Unfallmeldung ausfüllt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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? | | | | | | | Name und Anschrift der Schädigerin/des Schädigers | | | | | | | | | | | | | | |
| nein | | ja | | | | | Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung der Schädigerin/des Schädigers | | | | | | | | | | | | | | |
| **Versicherungs-Nr.** | | | | | | | **Schaden-Nr.** | | | | | | | |
| Wurde ein Verfahren eingeleitet? | | | | | nein | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ja (Dienststelle u. Aktenzeichen angeben) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hat sich der Unfall in Ausübung/infolge des Dienstes ereignet  Die Beamtin/der Beamte ist/war unfallbedingt dienstunfähig | | | | | | | | | | | nein | | | | ja | | | ist zu prüfen | | | |
| nein | | | |  | | |  | | | |
| ja | | | | vom | |  | | | bis |  |
| ärztliche Bescheinigung ist beigefügt | | | | | | | | | | |
| Bei Wegeunfällen: Wann und wo war der Dienst anzutreten bzw. war er beendet? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei Dienstreisen: | | die Dienstreise war genehmigt | | | | | | | | | | | ja | | | | nein | | | | |
| allgemein gestattet | | | | | | | | | | | ja | | | | 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 – 46 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 § 37 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  § 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 | | | |
|  | |  | |  | | | |