

Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

Arbeitsunfälle der Beschäftigten sind zusätzlich der Landesunfallkasse auf ihrem speziellen Vordruck zu melden.

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen	
1) Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten	Geburtsdatum
Beamtin/-er Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Genauere Anschrift	
Telefon (dienstlich) Telefon (privat)	
IBAN	BIC des Kreditinstituts
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.)	Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung)
Bei Beamten: <input type="checkbox"/> Beihilfeempfänger/in <input type="checkbox"/> Heilfürsorgeempfänger/in	E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)

Unfall <input type="checkbox"/> der/des Bediensteten/ Versorgungsberechtigten	Unfall <input type="checkbox"/> einer/eines Familienangehörigen, für die/den Beihilfe beantragt wird
--	--

Name der/des Angehörigen, rechtl. Stellung zur/zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten

2)	Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles	
3)	Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)	
4)	Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)	
	1. _____	
	2. _____	
5)	Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)	
	1. _____	
	2. _____	
6)	Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle	
7)	Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)	
8)	Ist eine Rechtsanwältin oder ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts	
9)	Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose)	
10)	Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes	
	<i>Nur für Beamtinnen und Beamte:</i> Eine Bescheinigung der Diagnose (Attest, Rechenkopie etc.) ist erforderlich! <input type="checkbox"/> liegt an <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
11)	Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
12)	Bei Unfällen von Bediensteten: Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> ist bereits vorgelegt worden <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
13)	Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses

14) Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden? nein ja

Es ist ein **Kfz-Schaden** eingetreten. Eine **Kfz-Schadensanzeige** (Nr. 030.000.083) füge ich bei. Es ist ein **sonstiger Schaden** eingetreten. Eine **Schadensanzeige** (Nr. 030.000.082) füge ich bei.

Art und Umfang der Sachschäden (Ggf. Quittungen beifügen oder Alter und Kaufpreis der Gegenstände angeben.)

15) Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden? nein ja zweifelhaft

Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen)
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.

Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen

16) Der Unfall ereignete sich

in der Dienststätte während der Arbeitszeit im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)

während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)

auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)

während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)

Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt. nein ja (Genehmigung ist beizufügen)

Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden. nein ja

im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)

Weitere Erläuterungen

Zusatzklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen)

Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.

17) **Erklärung:**
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.
Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten **und** ggf. der/des betroffenen volljährigen Familienangehörigen

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen

Beschäftigungsstelle (vollständige Anschrift angeben)	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
<input type="checkbox"/> Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden (Pflichtbeteiligung)	<input type="checkbox"/> Bei Beschäftigten: Die entsprechende Unfallanzeige hat die Landesunfallkasse erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			