

Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname, Amts-/ Dienstbezeichnung d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		
Genaue Anschrift	Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Beschäftigungsstelle d. Bediensteten	Personal-Nr.	

<input type="checkbox"/> Unfall d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	<input type="checkbox"/> Unfall e. Familienangehörigen, für d. Beihilfe beantragt wird	Name d. Angehörigen, rechtl. Stellung z. Bediensteten/ Versorgungsberechtigten
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles

Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges

Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Unfallzeuginnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? nein ja

Genaue Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle

Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)

Ist eine Rechtsanwältin/ ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden? nein ja

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? nein ja

Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigefügt)

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht? nein ja

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten: Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit? nein ja

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	ist bereits vor- gelegt worden	wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	----------------------

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? nein ja

Stationäre Behandlung von/ bis	Name des Krankenhauses
--------------------------------	------------------------

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
<input type="checkbox"/>	Der Unfall ereignete sich in der Dienststelle	<input type="checkbox"/>	während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)
<input type="checkbox"/>	während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)		
<input type="checkbox"/>	während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)		
<input type="checkbox"/>	während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)		
<input type="checkbox"/>	im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)		
Weitere Erläuterungen			
Zusatzklärung von Angestellten, Arbeiterinnen und Arbeitern (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/>	Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 38 BAT-O bzw. § 43 MTArb-O 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 Sachsen-Anhalt ab.		
Erklärung: Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen/Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift d. Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. d. betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen				
Beschäftigungsstelle	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. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden.	<input type="checkbox"/>		Bei Angest. u. Arb.: Die Unfallanzeige (gelb) hat der Gemeindeunfallversicherungsverband erhalten.
Weitere Angaben				
Unterschrift				