

Urschriftlich zurück an

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beamtenversorgung
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Mitgliedsnummer

Name des Mitglieds

Ansprechpartner/in

Telefonnummer

Faxnummer

Anzeige über den Dienstunfall einer Beamtin/eines Beamten bzw. einer/eines DO-Angestellten

1. Angaben zur verletzten Person

Dienstbezeichnung

Name, Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort/Ortsteil

_____. _____. _____.
Geburtsdatum

_____.
Telefonnummer (tagsüber)

2. Angaben zum Unfall

2.1 Wann ereignete sich der Unfall? Datum _____. _____. _____. Uhrzeit ____ : ____

2.2 Genaue Beschreibung der Unfallstelle

2.3 Welche geschäftsplanmäßige oder weisungsgebunden übertragene Dienstaufgabe wurde zum Unfallzeitpunkt erledigt?

2.4 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (falls Platz nicht ausreicht, bitte Beiblatt beifügen)

2.5 Handelt es sich um einen Unfall auf dem Weg zu oder von der Arbeitsstätte?

ja (weiter bei Punkt 2.6, außerdem bitte zusätzlich die Anlage „Wegeunfall“ ausfüllen)

nein

Hat eine andere Person den Unfall
verschuldet?

ja

nein (weiter bei Punkt 2.6)

Name, Vorname der Person

Anschrift der Person

Name, Anschrift der Haftpflichtversicherung

Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung

War ein Fahrzeug an dem Unfall beteiligt?

ja

nein (weiter bei Punkt 2.6)

Kennzeichen

Name, Vorname der/des Fahrzeughalterin/s

Wurde der Unfallhergang durch eine
Polizeidienststelle ermittelt?

ja

nein (weiter bei Punkt 2.6)

Name, Anschrift der Polizeidienststelle

Aktenzeichen des Unfallberichts

Gibt es Unfallzeugen?

ja

nein (weiter bei Punkt 2.6)

Name, Vorname der/des Unfallzeugin/en

Anschrift der/des Unfallzeugin/en

2.6 Ist gegen Dritte Strafanzeige erstattet worden?

nein (weiter bei Punkt 2.7)

ja

Name, Vorname

Anschrift

2.7 Sind bereits Schadensersatzforderungen eingeleitet worden?

nein (weiter bei Punkt 2.8)

ja

Name, Vorname

Anschrift

2.8 Bitte schildern Sie Art und Umfang der Unfallfolgen (rechts/links unterscheiden).*

(Eine ärztliche Bescheinigung der Diagnose ist erforderlich!)

2.9 War eine ärztliche Behandlung nach dem Unfall nötig?

nein (weiter bei Punkt 2.10)

ja

Name, Anschrift der Ärztin/des Arztes

_____. _____. _____
Behandlungsbeginn

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes

2.10 War eine stationäre Behandlung nach dem Unfall nötig?

nein (weiter bei Punkt 2.11)

ja

Name, Anschrift des Krankenhauses

Telefonnummer des Krankenhauses

2.11 Hat die verletzte Person die Arbeit sofort nach dem Unfall eingestellt?

nein

später eingestellt ab

_____. _____. _____

ja

Dienst wieder aufgenommen am

_____. _____. _____

2.12 Hat die verletzte Person vorsätzlich gehandelt?

nein (weiter bei Punkt 2.13)

ja

Begründung

2.13 Geschah der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder anderer berauschend wirkender Mittel?

nein (weiter bei Punkt 2.14)

ja

2.14 Wurden behördliche Ermittlungen angestellt?

nein (weiter bei Punkt 2.15)

ja

Name der Behörde

2.15 Bei welcher Krankenversicherung ist die verletzte Person versichert?

Name, Anschrift der Krankenversicherung

Versicherungsnummer

2.16 Bemerkungen

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Dienstherrn mit Amts- bzw. Dienstbezeichnung

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der Beamtin/des Beamten bzw. der/des DO-Angestellten