

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	
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten	Geburtsdatum <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Beamtin/-er <input type="checkbox"/> Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> </div>	
Genauere Anschrift <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Telefon (dienstlich) <input style="width: 50px;" type="text"/> Telefon (privat) <input style="width: 50px;" type="text"/> </div>	
Konto-Nummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	bei (Kreditinstitut) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Bankleitzahl <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Bei Beamten:	
<input type="checkbox"/> Beihilfeempfänger/in <input type="checkbox"/> Heilfürsorgeempfänger/in	
E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
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 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.) <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)	
1. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
2. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)	
1. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
2. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
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 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
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 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<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	
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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 <input style="width: 100%;" type="text"/>	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> ist bereits vorgelegt worden <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stationäre Behandlung von/bis <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name des Krankenhauses <input style="width: 100%;" type="text"/>

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Es ist ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.	<input type="checkbox"/> 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.)			
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)		
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich			
<input type="checkbox"/> in der Dienststätte <input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)			
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>(Genehmigung ist beizufügen)</i>			
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> 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.			
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			

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
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten		Geburtsdatum <input style="width: 50px;" type="text"/>
Genauere Anschrift		Beamtin/-er Beschäftigte/r <input type="checkbox"/>
Konto-Nummer		Telefon (dienstlich) <input style="width: 50px;" type="text"/>
bei (Kreditinstitut)		Telefon (privat) <input style="width: 50px;" type="text"/>
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.)		Bankleitzahl <input style="width: 50px;" type="text"/>
Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung)		
Bei Beamten: <input type="checkbox"/> Beihilfeempfänger/in <input type="checkbox"/> Heilfürsorgeempfänger/in		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig) <input style="width: 50px;" type="text"/>
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 <input style="width: 50px;" type="text"/>
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>		
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.) <input style="width: 90%; height: 50px;" type="text"/>		
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)		
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
2. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)		
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
2. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen) <input style="width: 90%;" type="text"/>		
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 <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose) <input style="width: 90%;" type="text"/>		
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 <input style="width: 90%;" type="text"/>		
<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		
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
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 <input style="width: 50%;" type="text"/>		Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> ist bereits vorgelegt worden <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Stationäre Behandlung von/bis <input style="width: 50%;" type="text"/>		Name des Krankenhauses <input style="width: 50%;" type="text"/>

037_020
01.2011

Durchschrift für nachgeordnete Behörde

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Es ist ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei. <input type="checkbox"/> 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.)	
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)
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen	
Der Unfall ereignete sich <input type="checkbox"/> in der Dienststätte <input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)	
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)	
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)	
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)	
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Genehmigung ist beizufügen)	
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)	
Weitere Erläuterungen	
Zusatzklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> 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.	
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			

Durchschrift für nachgeordnete Behörde

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	
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten	Geburtsdatum <input style="width: 50px;" type="text"/> Beamtin/-er Beschäftigte/r <input type="checkbox"/>
Genauere Anschrift <input style="width: 90%;" type="text"/>	Telefon (dienstlich) <input style="width: 50px;" type="text"/> Telefon (privat) <input style="width: 50px;" type="text"/>
Konto-Nummer <input style="width: 200px;" type="text"/>	bei (Kreditinstitut) <input style="width: 200px;" type="text"/> Bankleitzahl <input style="width: 100px;" type="text"/>
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.) <input style="width: 400px;" type="text"/>	Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung) <input style="width: 150px;" type="text"/>
Bei Beamten: <input type="checkbox"/> Beihilfeempfänger/in <input type="checkbox"/> Heilfürsorgeempfänger/in	E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig) <input style="width: 300px;" type="text"/>
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 <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.) <input style="width: 95%; height: 80px;" type="text"/>	
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)	
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>	
2. <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)	
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>	
2. <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen) <input style="width: 95%;" type="text"/>	
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 <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose) <input style="width: 95%;" type="text"/>	
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 <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Nur für Beamtinnen und Beamte: Eine Bescheinigung der Diagnose (Attest, Rechenkopie etc.) ist erforderlich! <input type="checkbox"/> liegt an <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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 <input style="width: 200px;" type="text"/>	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> ist bereits vorgelegt worden <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stationäre Behandlung von/bis <input style="width: 200px;" type="text"/>	Name des Krankenhauses <input style="width: 200px;" type="text"/>

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Es ist ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.		<input type="checkbox"/> 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.)			
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)		
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich			
<input type="checkbox"/> in der Dienststätte <input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)			
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Genehmigung ist beizufügen)			
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> 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.			
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			

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	
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)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut) Bankleitzahl
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	
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. _____	
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)	
1. _____	
2. _____	
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle	
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)	
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	
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose)	
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	
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses

037_020
01.2011

Durchschrift für Ihre Unterlagen

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Es ist ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.	<input type="checkbox"/> 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.) 	
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)
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen	
Der Unfall ereignete sich <input type="checkbox"/> in der Dienststätte <input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)	
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)	
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)	
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)	
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Genehmigung ist beizufügen)	
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)	
Weitere Erläuterungen 	
Zusatzklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezählten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.	
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			

Durchschrift für Ihre Unterlagen