

1 Dienstherr

2 Ort und Datum
Sachbearbeiter / Telefon- und Fax-Nr. / E-Mail-Adresse

3 Vor- u. Familienname der / des Verletzten
Geburtsdatum:

Anlage zur Unfallanzeige bei Wegeunfall

4 Unfallzeitpunkt: _____
a) Unfallstelle (genaue Orts- und Straßenangabe): _____
b) Fahrbahn Bürgersteig Treppenhaus _____

5 a) Woher kam d. Verletzte (Name und Anschrift)? _____
b) Zu welchem Zweck hat sie/er sich dort aufgehalten? _____
c) Wohin wollte sich d. Verletzte begeben (die einzelnen Straßen sind genau aufzuführen)? _____

6 Bei Unfall auf dem Weg **zur** Dienststelle:
a) Verlassen des Ausgangspunktes (s. 5a)
Stunde Minute
b) Arbeitsbeginn am Unfalltag
Stunde Minute

7 Bei Unfall auf dem Weg **von** der Dienststelle:
a) Verlassen der Dienststelle um
Stunde Minute
b) Tatsächliches Arbeitsende am Unfalltag
Stunde Minute

8 Wer war Zeuge (Name und Anschrift)? _____

9 Liegt die Unfallstelle auf dem direkten, kürzesten Weg zwischen den unter 5a) und 5c) bezeichneten Örtlichkeiten?
 Ja Nein, weil _____

10 Der Weg wurde zurückgelegt:
 zu Fuß | mit Straßenbahn | Bus | S-Bahn | U-Bahn | Eisenbahn
 Fahrrad | Mofa/Moped | Motorrad | Auto
 Sonstiges _____

11 Hat d. Verletzte auf dem Weg

a) Besorgungen gemacht oder beabsichtigt? Wenn ja, für wen? _____

b) Welche Besorgungen und wo (genaue Bezeichnung und Anschrift)? _____

c) Gaststätte oder dergleichen, Verwandte, Bekannte besucht oder besuchen wollen (ggf. genaue Bezeichnung und Anschrift)?

d) Zu welchem Zweck? _____

e) Arzt, Behörde o.ä. aufgesucht oder aufsuchen wollen? Welche (genaue Bezeichnung und Anschrift)?

f) Zu welchem Zweck? _____

g) Aufenthaltsdauer von

Stunde	Minute
--------	--------

 bis

Stunde	Minute
--------	--------

h) Der Unfall geschah: vor während nach der Besorgung/dem Besuch usw.
 in der Arbeits-/Mittagspause

12 Wer hat d. Verletzte(n) begleitet (Name und Anschrift)? _____

13 a) Wer ist bei dem Unfall zugegen gewesen oder zuerst hinzugekommen (Name und Anschrift)? _____

b) Wohin gelangte d. Verletzte nach dem Unfall (zu welchem Arzt, in welches Krankenhaus oder wohin sonst - Name und Anschrift)?

14 Wurden polizeiliche oder sonstige Feststellungen getroffen?
 Nein Ja (Name, Anschrift, Aktenzeichen): _____

15	Ist der Unfall durch ein Fahrzeug verursacht worden?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art des Fahrzeugs		1. Fahrzeug	2. Fahrzeug
Militärfahrzeug?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Halter:</u> Name Anschrift			
Haftpflichtversicherung (Anschrift, Vers.-Nr.) <u>Schadensnummer:</u>			
<u>Fahrer:</u> Name Anschrift			
16	a) Waren an dem Unfall noch andere Personen beteiligt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Name, Anschrift) _____ _____ _____		
	b) Bei welcher Versicherung war die/der andere Beteiligte zur Unfallzeit versichert (Name, Anschrift und Aktenzeichen)? _____ _____ _____		
17	a) Ist der Unfall auf Glatteis, schadhafte Wegverhältnisse, Gebäudemängel usw. zurückzuführen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja , weil _____ Name und Anschrift des Eigentümers bzw. Unterhaltspflichtigen des Grundstücks: _____ _____ Versicherung: _____ Aktenzeichen: _____		
18	Wurde der Unfall durch ein Tier verursacht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja , Tierart: _____ Name und Anschrift des Tierhalters: _____ _____ Versicherung: _____ Aktenzeichen: _____		

19 Bemerkungen:

20

Unterschrift Dienstvorgesetzte/r
mit Amts- und Dienstbezeichnung

Unterschrift Verunfallte/r