

1 Dienstherr

2 Ort und Datum

Sachbearbeiter / Telefon- und Fax-Nr. / E-Mail-Adresse

Niedersächsische Versorgungskasse
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

3 Vor- u. Familienname der / des Verletzten

Geburtsdatum

Amts- / Dienstbezeichnung

Straße, Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Telefon (tagsüber zu erreichen)

Anzeige über den Dienstunfall einer Beamtin / eines Beamten

4	Datum und genaue Uhrzeit des Unfalls	
5	Genaue Beschreibung der Unfallstelle (falls Platz nicht ausreicht, bitte Beiblatt beifügen)	
6	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
7	Genaue Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (falls Platz nicht ausreicht, bitte Beiblatt beifügen)	
*8	Hat eine andere Person den Unfall verschuldet? (Name, Vorname, Anschrift ggf. Halter und Kennzeichen des Fahrzeuges)	
*9	Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name, Anschrift, Vers.-Nr., Schadensnummer)	
*10	Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle (PD) aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Genaue Bezeichnung und Anschrift sowie Tagebuch-Nr. der PD	
	Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)	
*11	Augenzeugen des Unfalls (Name, Vorname, Anschrift)	
12	Ist gegen Dritte Strafanzeige erstattet worden? (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> Ja, gegen wen? <input type="checkbox"/> Nein
13	Sind bereits Schadensersatzforderungen eingeleitet worden? (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> Ja, gegen wen? <input type="checkbox"/> Nein

*) **Zu Fragen 8 bis 11:**
 Nicht ausfüllen bei Unfällen auf dem Weg zu oder von der Dienststelle, aber zusätzlich die **Anlage Wegeunfall** beifügen.

14	<p><u>Unfallfolgen:</u></p> <p>Bitte genaue Schilderung über Art und Umfang der Verletzungen (bitte <i>rechts</i> und <i>links</i> unterscheiden)</p> <p>Sind evtl. <u>Vorschäden</u> bekannt?</p>	
15	<p><u>Verbleib des Verletzten:</u></p> <p>1. Ärztliche Behandlung? (Anschrift, Telefon-Nr. des Arztes)</p> <p>2. Seit wann erfolgt die ärztliche Behandlung?</p> <p>3. Unterbringung im Krankenhaus? (Anschrift, Telefon-Nr. des Krankenhauses)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Datum:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
16	<p>Hat die Beamtin / der Beamte die Arbeit sofort nach dem Unfall eingestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> später eingestellt ab:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Dienst wieder aufgenommen ab:</p>
17	<p>Liegt ein Verschulden der Beamtin / des Beamten vor? (In welchem Umfang?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
18	<p>Hat die Beamtin / der Beamte vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja Begründung: <input type="checkbox"/> Nein</p>
19	<p>Wurden behördliche Ermittlungen ange- stellt? (Durch welche Behörde?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
20	<p><u>Bemerkungen:</u></p>	
21	<p>Die mich im Rahmen der dienstunfallbedingten Folgen behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Festsetzungsstelle bei der NVK von der ärztlichen Schweigepflicht. Mit der Speicherung der für die Erstattung von Heilverfahrenskosten notwendigen medizinischen Daten bin ich einverstanden.</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift Dienstvorgesetzte/r mit Amts- bzw. Dienstbezeichnung</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift Verunfallte/r</p>	