

## ANZEIGE ÜBER DEN DIENSTUNFALL einer Beamtin / eines Beamten

Niedersächsische Versorgungskasse  
**Dienstunfallfürsorge**  
Postfach 81 04 04  
30504 Hannover

**1** Dienstherr

**2** Ort und Datum

Sachbearbeiter

Telefon- und Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

**3** Vor- u. Familienname der / des Verletzten

Straße, Nr.

Geburtsdatum

Postleitzahl, Wohnort

Amts- / Dienstbezeichnung

Telefon (tagsüber zu erreichen)

**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?

Ja  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)  Ja, gegen wen?  Nein

---

**13** Sind bereits Schadensersatzforderungen eingeleitet worden? (Name, Anschrift)  Ja, gegen wen?  Nein

---

**14** Unfallfolgen:

Bitte genaue Schilderung über Art und Umfang der Verletzungen  
(bitte rechts und links unterscheiden)

---

---

---

Sind evtl. **Vorschäden** bekannt?

---

Wenn ja welche?

---

**15** Verbleib des Verletzten:

1. Ärztliche Behandlung?  Ja  Nein  
(Anschrift, Telefon-Nr. des Arztes)

---

2. Seit wann erfolgt die ärztliche Behandlung? Datum:

---

3. Unterbringung im Krankenhaus?  Ja  Nein  
(Anschrift, Telefon-Nr. des Krankenhauses)

---

**16** Hat die Beamtin / der Beamte die Arbeit sofort nach dem Unfall eingestellt?  Ja  später eingestellt ab:  Nein  Dienst wieder aufgenommen ab:

---

**17** Liegt ein Verschulden der Beamtin / des Beamten vor?  Ja  Nein  
(In welchem Umfang?)

---

**18** Hat die Beamtin / der Beamte vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt?  Ja, Begründung:  Nein

---

**19** Wurden behördliche Ermittlungen angestellt?  Ja  Nein  
(Durch welche Behörde?)

---

**20** Bemerkungen:

---

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.

Unterschrift Dienstvorgesetzte/r mit Amts- bzw. Dienstbezeichnung

Unterschrift Verunfallte/r

---

---

---

---