


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Angaben zur Person													
Nachname, Vorname								Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)					
Personalnummer (8-Stellig)				Firmennummer (4-stellig) oder				Vertragsnummer (2-stellig)		Unfallereignis v. (TT.MM.JJJJ)			

Dienstunfallmeldung

nach § 51 Abs. 1 Hamburgisches
Beamtenversorgungsgesetz (HmbBeamtVG)

1. Ergänzende Angaben zur Person	
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)	
Telefon (dienstlich und privat)	E-Mail
Amts-/Dienstbezeichnung	Angaben zum Dienstverhältnis (z. B. Beamtin/Beamter auf Lebenszeit)
Dienststelle (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
Ggf. Bezeichnung und Anschrift der am Unfalltag abweichenden Dienststelle	
2. Angaben zum Unfall	
Datum, Uhrzeit, Unfallstelle (bitte genaue Orts-/Straßenangabe, Hausnummer)	
2.1 Art des Unfalls	
<input type="checkbox"/> Unfall während des Dienstes (Dienstfahrzeugbeteiligung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein)	
<input type="checkbox"/> Wegeunfall zur/von der Arbeitsstätte, Schule usw. (Bitte Anlage Wegeunfall zusätzlich ausfüllen)	
<input type="checkbox"/> Dienstsportunfall bei Feuerwehr, Polizei und Justizvollzug (mit Unfallbericht des Aufsichtführenden)	
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
2.2 Schilderung des Vorfalls (ggf. mit Skizze)	
Falls der Platz nicht ausreichend ist, bitte ein gesondertes Blatt benutzen.	
3. Verletzter Körperteil, Art der Verletzung	
Bitte ärztliche Diagnose / Befundbericht beifügen.	
4. Erstbehandelnde Ärztin/erstbehandelnder Arzt oder Krankenhaus (Name, Anschrift)	
Bitte Anlage ärztlicher Befundbericht / Notfallbericht beifügen.	

5. Wurden Sie in der Vergangenheit schon einmal an dem verletzten Körperteil behandelt oder hatten Sie vor dem Unfallereignis Beschwerden an dem verletzten Körperteil?

Nein Ja Bei „Ja“ bitte erläutern.

--

6. Ist bei Ihnen bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Grad der Schädigung (GdS) aufgrund eines Dienstunfalls anerkannt?

Nein Ja Bei „Ja“ bitte Prozente angeben.

--

7. Angaben zum Unfallgegner/Verursacher/Eigentümer

Bitte die Anlage Einverständniserklärung beifügen.

Nachname, Vorname

--

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

--

Telefon

--

E-Mail

--

Haftpflichtversicherung (Bezeichnung und Anschrift)

--

Versicherungs-/Schadensnummer

--

8. Zusätzliche Angaben bei Verkehrsunfällen

Name der Fahrzeughalterin/des Fahrzeughalters (Unfallgegner)

--

Dienstwagen: Nein Ja

Fahrzeugtyp

--

Kfz-Kennzeichen

--

9. War die Polizei vor Ort und/oder wurde ein Ordnungswidrigkeits-/Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?

Nein Ja Bei „Ja“ bitte Name der Polizeidienststelle/Behörde/Staatsanwaltschaft, Anschrift, Aktenzeichen angeben.

--

10. Gibt es Personen, die Aussagen zum Geschehen machen können?

Nein Ja Bei „Ja“ bitte Name, Anschrift, Telefon und ggf. E-Mail angeben.

--

11. Haben Sie in dieser Angelegenheit einen Rechtsanwalt beauftragt?

Nein Ja Bei „Ja“ bitte Name der Rechtsvertretung, Anschrift, Aktenzeichen angeben.

--

12. Sind Sie auf Grund des Unfalls dienstunfähig geworden?

Nein Ja Bei „Ja“ bitte den Zeitraum / die Zeiträume angeben (ggf. auf gesondertem Blatt).

von:

--

bis einschließlich:

--

von:

--

bis einschließlich:

--

13. Haben Sie bereits Beihilfe zu Aufwendungen aus diesem Vorfall beantragt oder erhalten?

Nein Ja

14. Versicherung und Unterschrift


Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Erstattung der entstandenen Aufwendungen sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen und Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Unfallfürsorge leistenden Dienststelle anzuzeigen habe. Bei Änderung der Unfallfolgen sind weitere ärztliche Befundberichte vorzulegen. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde und wird die Kostenerstattung nach anderen Rechtsvorschriften nicht beantragt.

Datum

--

Unterschrift

--


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Angaben zur Person									
Nachname, Vorname							Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Personalnummer (8-Stellig)			Firmennummer (4-stellig) oder			Vertragsnummer (2-stellig)		Unfallereignis v. (TT.MM.JJJJ)	

Wegeunfall

Anlage zur Dienstunfallmeldung nach § 51 Abs. 1 HmbBeamtVG

1. Wie wurde der Weg zurückgelegt (zu Fuß, mit dem Fahrrad, Pkw, Bus, Dienstfahrzeug usw.)	
2. Uhrzeit des Dienstbeginns (Hinweg) bzw. Dienstende (Rückweg) am Unfalltag.	
3. Welchen Weg nehmen Sie gewöhnlich von der Wohnung zur Dienststelle bzw. umgekehrt? (genaue Orts- und Straßenangaben)	
4. Wie lang ist dieser gewöhnliche Weg?	
In Kilometern	In Minuten
5. Welchen Weg haben Sie am Unfalltag genommen?	
Weg entspricht dem gewöhnlichem Weg: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Falls Nein, bitte genaue Orts- und Straßenangaben zum genommenem Weg.	
Warum sind Sie vom gewöhnlichem Weg abgewichen?	
6. Wegunterbrechungen	
Haben Sie auf Ihrem Weg Gaststätten, Arzt usw. oder Verwandte oder Bekannte besucht oder besuchen wollen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
(Bei „Ja“ bitte Namen und Anschrift aufgeben)	
Wie lange haben Sie sich dort aufgehalten oder aufhalten wollen?	
7. Versicherung und Unterschrift	
Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.	
Datum	Unterschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Angaben zur Person									
Nachname, Vorname							Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Personalnummer (8-Stellig)			Firmennummer (4-stellig) oder			Vertragsnummer (2-stellig)		Unfallereignis v. (TT.MM.JJJJ)	

Einverständniserklärung

Anlage zur Dienstunfallmeldung

1. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungsträger sowie beauftragte Anwaltskanzleien zur Geltendmachung der Schadenersatzforderungen zusammenarbeiten und im Rahmen dieser Zusammenarbeit Informationen und Unterlagen zur Wertung der Sach- und Rechtslage austauschen.

2. Unterschrift der/des Geschädigten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Datum	Unterschrift


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Angaben zur Person der Beamtin/des Beamten	
Nachname, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personalnummer (8-Stellig) Firmennummer (4-stellig) oder Vertragsnummer (2-stellig)	Unfallereignis v. (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unfalluntersuchung der/des Dienstvorgesetzten

oder der von ihr/ihm beauftragten Person.
Anlage zur Dienstunfallmeldung nach § 51 Abs. 1 HmbBeamtVG

1. Unfall vom	
Datum, Uhrzeit, Unfallstelle (bitte genaue Orts-/Straßenangabe, Hausnummer)	
<input type="text"/>	
2. Wann haben Sie vom Unfall Kenntnis erhalten?	
Datum	
<input type="text"/>	
3. Welche Dienstaufgaben wurden zum Unfallzeitpunkt wahrgenommen?	
<input type="text"/>	
4. War eine Dritte/ein Dritter am Unfall beteiligt?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unbekannt	
5. Liegen Anhaltspunkte für ein eigenes Verschulden vor?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (welche)	
6. Verdacht auf Alkohol-, Drogen, Medikamenteneinfluss?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unbekannt	
7. Sonstige Anmerkungen	
<input type="text"/>	
8. Angaben zur/zum Dienstvorgesetzten oder der von ihr/ihm beauftragten Person.	
Nachname, Vorname	Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behörde/Amt	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Unterschrift	
Ort und Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Angaben zur Person (vom Beamten auszufüllen)									
Nachname, Vorname							Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Personalnummer (8-Stellig)			Firmennummer (4-stellig) oder		Vertragsnummer (2-stellig)		Unfallereignis v. (TT.MM.JJJJ)		

Ärztlicher Befund-/Notfallbericht des erstbehandelnden Arztes

Anlage zur Dienstunfallmeldung nach
§ 51 Abs. 1 HmbBeamVG

1. Befund-/Notfallbericht	
1.1 Unfallzeitpunkt (Datum und Uhrzeit)	
1.2 Untersuchungszeitpunkt (Datum und Uhrzeit)	
1.3 Welche Angaben machte die Beamtin/der Beamte zum Unfallort, Unfallhergang und zur dienstlichen Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist?	
1.4 Welche Beschwerden wurden angegeben?	
1.5 Untersuchungsbefund	
1.6 Sprechen Hergang und Befund für die Annahme, dass die Verletzungen Folge eines Unfalls sind?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
1.7 Wurde die verletzte Region bereits früher behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Datum bzw. Zeitraum angeben)
1.8 Folgende unfallfremde Ursachen für Verletzungen können nicht ausgeschlossen werden (Vorschäden):	
1.9 Verdacht auf Alkohol-, Drogen, Medikamenteneinfluss?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
1.10 Hat eine Blutentnahme stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Laborbefunde beifügen bzw. nachreichen)

1.11 Ergebnis bildgebender Verfahren. (z. B. Röntgen, CT, MRT usw.) Bitte ggf. Kopien beifügen.	
1.12 Unfallbedingte Diagnose	
1.13 Sind ggf. weitere Körper- oder Folgeschäden zu erwarten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte angeben)
1.14 Beurteilung der Dienstfähigkeit	<input type="checkbox"/> dienstfähig <input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder dienstfähig ab: <input type="checkbox"/> dienstunfähig ab:
1.15 Nachuntersuchung erforderlich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Datum angeben)
1.16 Weiterbehandlung durch (Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses).	
2. Kostenhinweis und Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes.	
Die Kosten für die Untersuchung und diesen Bericht stellen Sie bitte der Beamtin/dem Beamten in Rechnung. Die Abrechnung für diesen Bericht kann nach der GoÄ erfolgen. Für Heilfürsorgeempfänger (Polizei und Feuerwehr) erfolgt die Kostenerstattung auf Basis der Abrechnungssätze nach den Bestimmungen zum SGB V.	
Datum	Unterschrift und Stempel
_____	_____