Empfänger

Vertrauliche Dienstunfallsache Landeskirchenamt - Außenstelle Schwerin Dezernat Personal im Verkündigungsdienst Münzstraße 8-10 19055 Schwerin

## Meldung von Dienst- und Wegeunfällen für Beamtinnen und Beamte

zur Vorlage bei der/dem Dienstvorgesetzten (§ 45 Beamtenversorgungsgesetz - BeamtVG)

Bitte ankreuzen oder ausfüllen. Ist der vorgegebene Platz nicht ausreichend, bitte ein zusätzliches Blatt verwenden.

1. Angaben zur Person

1.1	Name, Vorname, Dienst- oder Amtsbezeichnung	Geburtsdatum
1.2	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	Telefon (privat)
		E-Mail (privat)
1.3	Dienststelle mit Anschrift	Telefon (dienstlich)
	Haus-/ Zimmer-Nr.	E-Mail (dienstlich)

2. Angaben zum Unfall

	gaben zam		_						
2.1	Unfalldatum	Uhrzeit	Genaue Angaben zum Unfallort und zur Unfallstelle (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Gebäude-						
		Uhr	teil usw.)						
2.2	Arbeitszeit am U	Jnfalltag							
2.2	Regelarbeitszei			von	Uhr		bis	Uhr	
	Gleitzeitrahmen			von	Uhr		bis	Uhr	
	Tatsächliche Ar	beitszeit		von	Uhr		bis	Uhr	
2.3	Der Unfall ereig	nete sich			<u> </u>			<u> </u>	
	in der Diens								
		ler Dienststelle							
		ner Dienstreise							
			Nioneta	occhäfte unt	or <b>Zaila 2 4</b> angobo	n cowio d	lio Dionetroi	sogonohmie	gung in Kopie beifügen.)
	<u> </u>		_		ei <b>Zeile Z.4</b> angebe	i sowie u	ile Dienstiel	segenenni	gung in Kopie benugen.)
	während einer dienstlichen Veranstaltung								
	auf dem Weg zur Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle								
	Wann haben Sie die Wohnung verlassen? Uhr								
	auf dem Weg von der Dienststelle oder einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle								
	1								
	Wann haben Sie die Dienststelle oder die dienstliche Veranstaltung verlassen?  Uhr								
2.4	Ausführliche, detaillierte Schilderung des Unfalls, des genauen Unfallhergangs und der Unfallursache inkl. Erläuterung der dienstlichen								
2.4	Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt oder des dienstlichen Zusammenhangs bzw. zum Zusammenhang des Weges mit dem Dienst								
	(Bei Unfällen beim Dienstsport bitte einen Vermerk der Leiterin/des Leiters der Sportgruppe beifügen.)								
	, and a second and a second and a second a secon								

2.5	Gibt es Zeugen des Unfalls?  ☐ nein ☐ ja, dann bitte Namen und Anschrift, g	gf. Telefonnummer angeben:				
2.6	Wurde Erste Hilfe geleistet?  ightharpoonup in					
2.7	Geschah der Unfall unter Einwirkung von Alkohol oder anderer b  nein  ja	erauschend wirkender Mittel?				
2.8	Sind durch den Unfall Sachschäden eingetreten, d. h. Kleidungsstücke oder sonstige Gegenstände, die zur Dienstausübung oder während der Dienstzeit benötigt und deshalb mitgeführt wurden, beschädigt, zerstört oder abhandengekommen?  nein  ja  Hinweis: Anträge auf Gewährung von Sachschadenersatz sind innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten nach dem Unfall zu stellen (Vordruck: Antrag auf Sachschadenersatz (§ 32 BeamtVG)). Schäden bis 20 Euro werden nicht erstattet (Tz. 32.0.1.9 Allgemeine Ver-					
2.9	waltungsvorschrift zum Beamtenversorgungsgesetz - BeamtVGV Hat eine Versicherung aus Anlass des Unfalles Versicherungsleit	wV). stungen zu gewähren?				
	☐ ia, Name und Anschrift der Versicherung:					
2.10	Kann unter Umständen ein Dritter für den Unfall haftbar gemacht	werden (§ 76 Bundesbeamtengesetz – BBG)?				
		n Schadenersatzansprüchen des Bundes ausfüllen und beifügen				
	Wegeunfällen bitte zusätzlich ausfüllen (2.11-2					
2.11	Ortsangaben, ggf. in Stadtplan oder in sonstigem Kartenmaterial	nststelle bzw. Dienststelle und Wohnung zurück (genaue Straßen- und einzeichnen)?				
2.12	Wie lang ist dieser Weg? km  Welchen Weg haben Sie am Unfalltag/zum Unfallzeitpunkt genor	Minuten nmen?				
2.12	wie Zeile 2.11  von Zeile 2.11 abweichender Weg (Beschreibung des zurück					
	Wie lang ist dieser Weg? km	Minuten				

	Warum sind Sie ggf. vom gewöhnlichen Weg (Zeile 2.11) abgewichen?
	Bitte fügen Sie einen Kartenauszug bei oder fertigen Sie eine einfache Skizze an und markieren Sie folgende Punkte:
	die Dienststelle (DS) und die Wohnung (W)
	<ul> <li>die kürzeste Wegstrecke zwischen diesen Punkten</li> <li>den tatsächlich genommenen Weg am Unfalltag</li> </ul>
	den Unfallort (U)
2.13	Wie haben Sie diesen Weg zurückgelegt (Fußgänger, Auto, Fahrrad usw.)?
2.14	Haben Sie auf Ihrem Weg Geschäfte, Gaststätten, Ärzte usw. aufgesucht oder aufsuchen wollen oder Verwandte und Bekannte usw.
2.14	besucht oder besuchen wollen?
	nein
	□ ja
	Falls ja, welche? (Name und Anschrift)
2.15	Wie lange haben Sie sich dort aufgehalten oder aufhalten wollen?
2.16	Ereignete sich der Unfall vor, während oder nach dem Zwischenaufenthalt?
2.17	O'color d'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'antitat l'a
2.17	Sind polizeiliche Feststellungen getroffen worden?neinja, Name und Anschrift der Polizeidienststelle:
	Aktenzeichen/Vorgangsnummer:
2.18	Wird zu dem Unfall ein Vorgang bei der Staatsanwaltschaft geführt? 🔲 nein 🧧 ja, Name und Anschrift der Staatsanwaltschaft:
	Aktenzeichen:
3. An	gaben zu Verletzungen und Behandlungen
3.1	Verletzte Körperteile und Art der Verletzungen
3.2	Haben Sie nach dem Unfall eine Ärztin/einen Arzt aufgesucht?
3.3	nein sofort später, am um Uhr Welche Ärztin/welcher Arzt behandelte Sie <u>zuerst</u> wegen dieser Verletzung? (Name und Anschrift)
3.3	Woldrie 742411/ Woldrief 7424 Bernandelte Gle <u>zaorst</u> Wegerr dieser Verletzung. (Name und 7416611111)
3.4	Welche Ärztin/welcher Arzt behandelt Sie derzeit wegen dieser Verletzung? (Name und Anschrift)
3.4	Welche Ärztin/welcher Arzt behandelt Sie <u>derzeit</u> wegen dieser Verletzung? (Name und Anschrift)
3.4	Welche Ärztin/welcher Arzt behandelt Sie derzeit wegen dieser Verletzung? (Name und Anschrift)
3.4	War oder ist eine stationäre Behandlung notwendig?
	War oder ist eine stationäre Behandlung notwendig?
	War oder ist eine stationäre Behandlung notwendig?
	War oder ist eine stationäre Behandlung notwendig?
	War oder ist eine stationäre Behandlung notwendig?

3.6	Hatten Sie bereits vor dem Unfallereignis Beschwerden an dem verletzten Körperteil?				
	│				
3.7	Wurden Sie schon einmal in der Vergar	ngenheit an dem ve	rletzten Körperteil b	ehandelt?	
	nein				
	│				
3.8	Ist bei Ihnen bereits eine Minderung de	r Erwerbsfähigkeit (	MdE) oder ein Grad	d der Behinderung (GdB) anerkannt?	
	nein				
3.9	ja, in Höhe von MdE  Bei welcher Krankenversicherung sind	Sie versichert (Nam	ne und Anschrift)?	GdB	
3.9	Del Weloner Mankenversionerang sind	Old Versionert (IVali	io dila 7 (ilooniii) :		
	Versicherungsnummer:				
3.10	Der Dienst wurde eingestellt	nein	sofort	später, am	
				um Uhr	
3.11	Der Dienst wurde wieder aufgenom- men	nein		☐ ja, am	
3.12	Aufgrund des Unfalls dienstunfähig erkrankt	vom		bis	
3.13		keit und Richt	igkeit meiner A	Angaben. Das Hinweisblatt zur Dienstunfall-	
	fürsorge habe ich gelesen.				
	Ort, Datum und Unterschrift				
Folgo	nde Unterlagen sind beigefügt:				
	ericht über die ärztliche Erstbehar	ndlung (zwingend	d erforderlich)		
Sind v	veitere Arztberichte und Befunde (ül			ufenthalt usw.) vorhanden, fügen Sie bitte auch Ko	pien
davon	веі. ericht zum Heilverfahren (bei Absc	chluss des Heilver	fahrens)		
	·		,		
Hinwe Alle A		in einen Umschla	a stecken und kei	nnzeichnen, z.B. als "Vertrauliche Arztunterlagen fü	ir die
Dienst	tunfallfürsorgestelle im Bundesverwa	altungsamt". Es is	st nicht erforderlic	ch, dass eine andere Stelle als die Dienstunfallfürsc	
stelle,	welche über das Vorliegen eines Die	enst- oder vvegeu	infalles entscheide	et, diese Unterlagen einsieht.	
	ordruck Geltendmachung von übe		adenersatzansp	orüchen des Bundes (§ 76 BBG)	
∐ Ar	trag auf Sachschadensersatz (§	32 BeamtVG)			
H					
_					
Fürd	lie Beamtinnen und Beamte				

Bitte legen Sie die Unterlagen zu Ihrem Dienst- oder Wegeunfall Ihrer/Ihrem Dienstvorgesetzten vor. Diese/Dieser ist verpflichtet, den Unfall unverzüglich zu untersuchen und das Ergebnis der Dienstunfallfürsorgestelle im Bundesverwaltungsamt mitzuteilen (§ 45 Abs. 3 BeamtVG). Hierfür kann der nachfolgende Vordruck **Dienstvorgesetztenbericht** verwendet werden.

## Für die Beamtinnen und Beamten des Landeskirchenamtes:

Bitte senden Sie die Unterlagen zu Ihrem Dienst- oder Wegeunfall **ohne** den nachfolgenden **Dienstvorgesetztenbericht** an die Dienstunfallfürsorgestelle im Bundesverwaltungsamt. Da für die Beamtinnen und Beamten des Bundesverwaltungsamtes die Unfalluntersuchung (§ 45 Abs. 3 BeamtVG) der Dienstunfallfürsorgestelle des Bundesverwaltungsamtes übertragen wurde, erübrigt sich ein gesonderter Dienstvorgesetztenbericht. Der Personalrat (Örtlicher Personalrat Köln) sowie der Arbeitsschutz werden über den Unfall informiert.

## Dienstvorgesetztenbericht

nach Abschluss der Unfalluntersuchung (§ 45 Abs. 3 BeamtVG, Tz. 45.3.1.1 BeamtVGVwV)

Bitte ankreuzen oder ausfüllen. Ist der vorgegebene Platz nicht ausreichend, bitte ein zusätzliches Blatt verwenden.

1. An	gaben zur/z	um Dienstv	orgesetzten						
1.1	Name, Vorname:			Telefon:					
	Haus-/Zimmer-Nr.:			E-Mail:					
1.2	Dienststelle mi	t Anschrift							
2. Er	gebnis der l	Jnfallunters	uchung						
2.1	gebnis der Unfalluntersuchung Name, Vorname der verletzten Beamtin/des verletzten Beamten								
2.2	Unfalldatum	Uhrzeit Uhr	Genaue Angaben zur	m Unfallort und zur Unfallstelle (PLZ, Ort, St	raße, Hausnummer, Gebäudeteil usw.)				
2.3	Unfallmeldung o	der Beamtin/des E	Beamten vom						
2.5	Bei Dienstunfäll punkt ausgeübt	len: Welche diens?	n Unfallzeitpunkt genor	Unfall erhalten? it dem Dienst zusammenhängende Tätigkeit mmene Weg in einem Zusammenhang zum ach Dienstende erforderlich?					
		<i>en:</i> War die Bean os. 3 BeamtVG)?	ntin/der Beamte nach d	der Art der dienstlichen Verrichtungen einer t	pesonderen Erkrankungsgefahr aus-				
2.6				Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat?	nein ja, folgende:				
2.7	Verletzten zur E	Entstehung des U ja, folgende:	nfalles beigetragen hat						
2.8	nein j	ja, folgende:		s Beamten in der Unfallmeldung zu zweifeln'	?				
2.9	Sonstige Bemer	rkungen und Fest	stellungen						
2.10									
	Ort Datum		Name Dienst-/ Amts	hezeichnung sowie Unterschrift der/des Dier	nstvorgesetzten				