

# Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

Arbeitsunfälle der Beschäftigten sind zusätzlich der Landesunfallkasse auf ihrem speziellen Vordruck zu melden.

		Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen	
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten		Geburtsdatum	Beamtin/-er Beschäftigte/r
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.)		Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung)	
Bei Beamten: Beihilfeempfänger/in                      Heilfürsorgeempfänger/in		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
<b>Unfall</b> der/des Bediensteten/ Versorgungsberechtigten	<b>Unfall</b> einer/eines Familienangehörigen, für die/den Beihilfe beantragt wird	Name der/des Angehörigen, rechtl. Stellung zur/zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	ja
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle			
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)			
Ist eine Rechtsanwältin oder ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes			
<i>Nur für Beamtinnen und Beamte:</i> Eine Bescheinigung der Diagnose (Attest, Rechenkopie etc.) ist erforderlich!		liegt an	wird nachgereicht
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen.		nein	ja
<b>Bei Unfällen von Bediensteten:</b>			
Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?		nein	ja
Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		nein	ja
Es ist ein <b>Kfz-Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Kfz-Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.083) füge ich bei.		Es ist ein <b>sonstiger Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.082) füge ich bei.	
Art und Umfang der Sachschäden (Ggf. Quittungen beifügen oder Alter und Kaufpreis der Gegenstände angeben.)			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		nein	ja      zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen)		
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.		
<b>Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen</b>			
Der Unfall ereignete sich			
in der Dienststätte		während der Arbeitszeit	im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja (Genehmigung ist beizufügen)
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.			nein      ja
im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
<b>Zusatzklärung von Beschäftigten</b> (bitte ankreuzen)			
Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.			
<b>Erklärung:</b>			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten <b>und</b> ggf. der/des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

<b>Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen</b>			
Beschäftigungsstelle (vollständige Anschrift angeben)	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden (Pflichtbeteiligung)	Bei Beschäftigten: Die entsprechende Unfallanzeige hat die Landesunfallkasse erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			

# Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

Arbeitsunfälle der Beschäftigten sind zusätzlich der Landesunfallkasse auf ihrem speziellen Vordruck zu melden.

		Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen	
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten		Geburtsdatum	Beamtin/-er Beschäftigte/r
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.)		Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung)	
Bei Beamten: Beihilfeempfänger/in                      Heilfürsorgeempfänger/in		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
<b>Unfall</b> der/des Bediensteten/ Versorgungsberechtigten	<b>Unfall</b> einer/eines Familienangehörigen, für die/den Beihilfe beantragt wird	Name der/des Angehörigen, rechtl. Stellung zur/zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	ja
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle			
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)			
Ist eine Rechtsanwältin oder ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes			
<i>Nur für Beamtinnen und Beamte:</i> Eine Bescheinigung der Diagnose (Attest, Rechenkopie etc.) ist erforderlich!		liegt an	wird nachgereicht
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen.		nein	ja
<b>Bei Unfällen von Bediensteten:</b> Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?		nein	ja
Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		nein	ja
Es ist ein <b>Kfz-Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Kfz-Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.083) füge ich bei.		Es ist ein <b>sonstiger Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.082) füge ich bei.	
Art und Umfang der Sachschäden (Ggf. Quittungen beifügen oder Alter und Kaufpreis der Gegenstände angeben.)			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		nein	ja      zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen)		
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.		
<b>Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen</b>			
Der Unfall ereignete sich			
in der Dienststätte		während der Arbeitszeit	im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja (Genehmigung ist beizufügen)
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.		nein	ja
im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
<b>Zusatzklärung von Beschäftigten</b> (bitte ankreuzen)			
Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.			
<b>Erklärung:</b>			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten <b>und</b> ggf. der/des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

<b>Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen</b>			
Beschäftigungsstelle (vollständige Anschrift angeben)	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden (Pflichtbeteiligung)	Bei Beschäftigten: Die entsprechende Unfallanzeige hat die Landesunfallkasse erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			

**Durchschrift für nachgeordnete Behörde**

# Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

Arbeitsunfälle der Beschäftigten sind zusätzlich der Landesunfallkasse auf ihrem speziellen Vordruck zu melden.

		Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen	
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten		Geburtsdatum	Beamtin/-er Beschäftigte/r
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.)		Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung)	
Bei Beamten: Beihilfeempfänger/in                      Heilfürsorgeempfänger/in		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
<b>Unfall</b> der/des Bediensteten/ Versorgungsberechtigten	<b>Unfall</b> einer/eines Familienangehörigen, für die/den Beihilfe beantragt wird	Name der/des Angehörigen, rechtl. Stellung zur/zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	ja
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle			
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)			
Ist eine Rechtsanwältin oder ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes			
<i>Nur für Beamtinnen und Beamte:</i> Eine Bescheinigung der Diagnose (Attest, Rechenkopie etc.) ist erforderlich!		liegt an	wird nachgereicht
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen.		nein	ja
<b>Bei Unfällen von Bediensteten:</b> Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?		nein	ja
Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		nein	ja
Es ist ein <b>Kfz-Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Kfz-Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.083) füge ich bei.		Es ist ein <b>sonstiger Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.082) füge ich bei.	
Art und Umfang der Sachschäden (Ggf. Quittungen beifügen oder Alter und Kaufpreis der Gegenstände angeben.)			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		nein	ja      zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen)		
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.		
<b>Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen</b>			
Der Unfall ereignete sich			
in der Dienststätte		während der Arbeitszeit	im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja (Genehmigung ist beizufügen)
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.		nein	ja
im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
<b>Zusatzklärung von Beschäftigten</b> (bitte ankreuzen)			
Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.			
<b>Erklärung:</b>			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten <b>und</b> ggf. der/des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

<b>Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen</b>			
Beschäftigungsstelle (vollständige Anschrift angeben)	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden (Pflichtbeteiligung)	Bei Beschäftigten: Die entsprechende Unfallanzeige hat die Landesunfallkasse erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			

**Durchschrift für Personalrat**

# Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

Arbeitsunfälle der Beschäftigten sind zusätzlich der Landesunfallkasse auf ihrem speziellen Vordruck zu melden.

		Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen	
Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten		Geburtsdatum	Beamtin/-er Beschäftigte/r
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.)		Personalnummer (lt. Bezügeabrechnung)	
Bei Beamten: Beihilfeempfänger/in                      Heilfürsorgeempfänger/in		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
<b>Unfall</b> der/des Bediensteten/ Versorgungsberechtigten	<b>Unfall</b> einer/eines Familienangehörigen, für die/den Beihilfe beantragt wird	Name der/des Angehörigen, rechtl. Stellung zur/zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	ja
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle			
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)			
Ist eine Rechtsanwältin oder ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (genaue Angabe der Verletzung/Diagnose)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes			
<i>Nur für Beamtinnen und Beamte:</i> Eine Bescheinigung der Diagnose (Attest, Rechenkopie etc.) ist erforderlich!		liegt an	wird nachgereicht
Das unfallbedingte Heilverfahren ist bereits abgeschlossen.		nein	ja
<b>Bei Unfällen von Bediensteten:</b> Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?		nein	ja
Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		nein	ja
Es ist ein <b>Kfz-Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Kfz-Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.083) füge ich bei.		Es ist ein <b>sonstiger Schaden</b> eingetreten. Eine <b>Schadensanzeige</b> (Nr. 030.000.082) füge ich bei.	
Art und Umfang der Sachschäden (Ggf. Quittungen beifügen oder Alter und Kaufpreis der Gegenstände angeben.)			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		nein	ja      zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen)		
	Ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer angeben.		
<b>Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen</b>			
Der Unfall ereignete sich			
in der Dienststätte		während der Arbeitszeit	im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja (Genehmigung ist beizufügen)
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.			nein      ja
im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
<b>Zusatzklärung von Beschäftigten</b> (bitte ankreuzen)			
Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.			
<b>Erklärung:</b>			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.			
Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten <b>und</b> ggf. der/des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

<b>Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen</b>			
Beschäftigungsstelle (vollständige Anschrift angeben)	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden (Pflichtbeteiligung)	Bei Beschäftigten: Die entsprechende Unfallanzeige hat die Landesunfallkasse erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			

**Durchschrift für Ihre Unterlagen**