

Dienstunfalluntersuchung gemäß § 45 BeamtVG

in Verbindung mit der Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Verfahren in Dienstunfallsachen vom 15. April 1993 (SächsABl. S. 665, ABl. SMF S. 125)

A. Unfallanzeige des Verletzten (§ 45 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG)

| | | | |
|----|--|-----------------------------|---------------------|
| 1. | Name, Vorname | Geburtsdatum | MdE ¹⁾²⁾ |
| 2. | Amtsbezeichnung (oder Tag der Berufung in das Beamtenverhältnis) | Besoldungsgruppe | |
| 3. | Anschrift | Telefonnummer ¹⁾ | |
| 4. | Bezeichnung und Anschrift der Beschäftigungsdienststelle | | |
| 5. | Ort, Datum und Uhrzeit des Unfalls | | |
| 6. | Welche Dienstzeit war am Unfalltag festgelegt? (bei Gleitzeit: Rahmen- und Kerndienstzeit angeben) | | |
| 7. | Genauere Schilderung des Unfalles, der Ursachen, der Verletzungen und des Geschehensablaufes/Art der dienstlichen Verrichtung (gegebenenfalls Skizze oder Beiblatt beifügen) | | |
| 8. | Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja, Ermittlungsbehörde und Aktenzeichen angeben <input type="checkbox"/> nein | | |

¹⁾ Die Angaben von MdE und Telefonnummer sind freiwillig

²⁾ MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit

| | |
|-----|--|
| 9. | Gibt es Zeugen für den Unfall? <input type="checkbox"/> ja, soweit bekannt, Name und Anschrift angeben (falls erforderlich auf gesondertem Blatt) <input type="checkbox"/> nein |
| 10. | Hat bei der Entstehung des Körperschadens ein anderer Schaden (Dienst- oder Privatunfall) oder ein anlagebedingtes früheres Leiden mitgewirkt? <input type="checkbox"/> ja, kurze Schilderung Name und Anschrift der damals behandelnden Ärzte/Krankenhäuser: <input type="checkbox"/> nein |
| 11. | Sind oder waren Sie wegen des Unfalles dienstunfähig? <input type="checkbox"/> ja, vom bis <input type="checkbox"/> nein |
| 12. | Beginn der ärztlichen Behandlung |
| 13. | Name und Anschrift der Ärzte/Krankenhäuser |
| 14. | Haben Sie Anspruch auf freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15. | Wurden Sachleistungen durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt? <input type="checkbox"/> ja, welche Bezeichnung und Anschrift des Krankenversicherungsträgers: Versicherungsnummer: <input type="checkbox"/> nein |
| 16. | Ich bitte, den erstattungsfähigen Betrag auf das Konto-Nr.: bei Bankleitzahl: zu überweisen |
| 17. | Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben. Ort, Datum Unterschrift des Beamten oder Richters |

B. Einverständniserklärung

1. _____ Name, Vorname _____ Geburtsdatum
2. _____ Amtsbezeichnung _____ Beschäftigungsdienststelle

Ich bin damit einverstanden, dass der Ärztliche Dienst der Polizei bzw. der Amtsarzt bei den Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung, die ich genannt habe oder die aus den von mir eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, die für die Feststellung von Unfallfürsorgeleistungen erforderlichen Untersuchungsunterlagen (z. B. Untersuchungsbefunde, Krankengeschichten, Röntgenbefunde) heranzieht und Auskünfte einholt. Ich entbinde die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift des Beamten oder Richters

C. Untersuchungsergebnis des Dienstvorgesetzten (§ 45 Abs. 3 Satz 1 BeamtVG)

| | |
|----|---|
| 1. | Wann wurde der Unfall dem Dienstvorgesetzten erstmals bekannt? |
| 2. | Die Angaben zur Person, zum Dienstverhältnis und zu der Anlage 2 werden bestätigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung: |
| 3. | Welche dienstplanmäßigen und weisungsgebunden übertragenen Dienstaufgaben erledigte der Beamte zum Unfallzeitpunkt? |
| 4. | Handelt es sich bei dem Unfall nach Meinung des Dienstvorgesetzten um einen Dienstunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung: |
| 5. | Hat der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung: |
| 6. | Welche Schäden hat der Unfall verursacht? |
| 7. | Schadenersatzansprüche Kann für den Unfall ein Dritter haftbar gemacht werden? <input type="checkbox"/> ja, bitte Namen und Anschrift angeben <input type="checkbox"/> nein |
| 8. | Wurde der Personalrat bei der Unfalluntersuchung beteiligt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. | Weitere Angaben: |
| | Dieses Untersuchungsergebnis wurde dem Beamten/Richter bzw. den Hinterbliebenen bekanntgegeben. Ort, Datum Unterschrift und Amtsbezeichnung des Dienstvorgesetzten mit Anschrift der Behörde |

Zur Untersuchung des Dienstunfalles vomdes

Name, Vorname: geb. am:

Hinweis

Diese Anlage 2 ist vom Beamten oder Richter nur auszufüllen, wenn sich der Unfall auf dem Weg zum oder vom Dienst (Wegeunfall) bzw. während eines Dienstganges oder einer Dienstreise ereignet hat.

A. Wegeunfall

| | |
|----|---|
| 1. | <p>Der Unfall ereignete sich auf</p> <p><input type="checkbox"/> dem Weg, den der Verletzte von der häuslichen Unterkunft zur Dienststelle und zurück gewöhnlich nimmt;</p> <p><input type="checkbox"/> einem Umweg, um ein mit dem Verletzten im Haushalt lebendes Kind fremder Obhut anzuvertrauen (z. B. Kindergarten-Umweg);</p> <p><input type="checkbox"/> einem Umweg, um an einer Fahrgemeinschaft teilzunehmen;</p> <p><input type="checkbox"/> dem Weg, der zur Durchführung des Heilverfahrens (§ 33 BeamtVG) notwendig war;</p> <p><input type="checkbox"/> einem sonstigen Umweg (Gründe für den Umweg sowie Dauer und Entfernung erläutern)</p> |
| 2. | <p>Ist der Weg unterbrochen worden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja, aus welchem Grund (z. B. Esseneinnahme, zum Einkaufen, zur Inspektion des Kfz usw.):</p> |
| 3. | <p>Wie lange dauerte die Unterbrechung?</p> |

B. Unfall während einer Dienst- bzw. Fortbildungsreise oder während eines Dienstganges

Grundsätzlich ist eine Ablichtung der Anordnung oder der Genehmigung beizulegen; wenn das nicht möglich ist:
Wer hat die Anordnung oder die Genehmigung erteilt?

| | |
|----|--|
| 1. | Wurde bei der Dienstreise ein anderes Verkehrsmittel als das dienstlich angeordnete benutzt? <input type="checkbox"/> ja, ausführliche Begründung <input type="checkbox"/> nein |
| 2. | Datum und Uhrzeit des Beginns und der Beendigung der Dienstreise/des Dienstganges |
| 3. | Welche Wegstrecke war vorgeschrieben? (Angaben über die Wegstrecke genau nach Orten bzw. im Straßenverkehr nach Straßen) |
| 4. | Ereignete sich der Unfall auf der vorgeschriebenen Wegstrecke? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. | Warum wurde die vorgeschriebene Wegstrecke verlassen? (ausführliche Begründung) |
| 6. | Ist der Weg unterbrochen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Gründe für die Unterbrechung sowie Dauer erläutern: |
| | Ort, Datum Unterschrift |

Zur Untersuchung des Dienstunfalles vom des

Name, Vorname..... geb. am:

**Antrag auf Erstattung von Sachschäden und besonderen Aufwendungen (§ 32 BeamtVG)
innerhalb der Dienstunfallfürsorge**

Hinweis:

Wurden bei einem Dienstunfall Kleidungsstücke oder sonstige Gegenstände, die der Beamte mit sich führte, beschädigt oder zerstört oder kamen sie bei dem Unfall abhanden, kann dafür Ersatz geleistet werden. Der Sachschadenersatz erfolgt nach Abschnitt I der Verwaltungsvorschrift zur Unfallfürsorge für die Erstattung von Sachschäden und besonderen Aufwendungen im Freistaat Sachsen (SächsSachSchVwV) vom 23. April 1993 (SächsABl. S. 663, 1052, ABl. SMF S. 123, 220), verlängert durch Verwaltungsvorschrift vom 24. November 1998 (SächsABl. S. 1011).

Im Übrigen wird auf das beigefügte Hinweisblatt zum Sachschadenersatz verwiesen.

A. Antrag

| | | | | | |
|----|---|---|---------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. | Welche Gegenstände wurden bei dem Unfall zerstört oder beschädigt oder sind abhanden gekommen? | | | | |
| | Bezeichnung | z ^{*)} b ^{*)} a ^{*)} | Zeitpunkt der Anschaffung | Kaufpreis | Höhe des Ersatzanspruchs |
| | a) | | | | |
| | b) | | | | |
| | c) | | | | |
| | d) | | | | |
| | e) | | | | |
| | f) | | | | |
| | g) | | | | |
| | h) | | | | |
| | i) | | | | |
| | j) | | | | |
| | *) z = zerstört; b = beschädigt; a = abhanden gekommen | | | | |
| 2. | Begründung der Höhe des geltend gemachten Schadens: | | | | |
| 3. | Wäre eine Reparatur möglich gewesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, warum nicht | | | | |
| 4. | Welche der aufgeführten Gegenstände hatten Sie gegen eine pauschalierte Aufwandsentschädigung zu stellen (z. B. Dienstbekleidung, Arbeitsgeräte)? | | | | |
| | Bezeichnung | Pauschale in DM/pro Abrechnungszeitraum | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|-----|---|--|----------------------|--------------------|
| 5. | Wie hoch ist der von Ihnen zu tragende Teil der Beschaffungskosten an den unter Nr. 4 aufgeführten Gegenständen? | | | |
| 6. | Können Sie für die unter Abschnitt A Nr. 1 aufgeführten Gegenstände Ersatzansprüche geltend machen? | | | |
| 6.1 | gegen eigene Versicherung | | | |
| | Bezeichnung des Gegenstandes | Name und Anschrift der Versicherung | Art der Versicherung | Höhe des Anspruchs |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 6.2 | gegen einen Dritten (Schädiger) | | | |
| | Bezeichnung des Gegenstandes | Name und Anschrift des Schädigers bzw. seiner Versicherung | Höhe des Anspruchs | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 7. | Welche der unter Nr. 6.1 und 6.2 aufgeführten Forderungen sind uneinbringlich? Begründung: <u>Abtretungserklärung:</u> Ich trete diese Forderungen an den Freistaat Sachsen ab, soweit dieser Sachschadenersatz leistet. | | | |
| 8. | Nur ausfüllen, wenn Ersatz für Sachschäden am privateigenen Kraftfahrzeug beantragt wird: | | | |
| 8.1 | Fabrikat | Typ | Baujahr | Kilometerstand |
| 8.2 | Wer führte das Kfz zum Unfallzeitpunkt? | | | |
| 8.3 | Entfernung zwischen dem Ort des Wegeantritts und dem Ziel (Angabe in km): | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|------------------|
| 8.4 | Angabe der Abfahrts- und Ankunftszeiten öffentlicher Verkehrsmittel, die hätten benutzt werden können: | | |
| | Bezeichnung des Verkehrsmittels | Abfahrtszeit | Ankunftszeit |
| | | | |
| | | | |
| 8.5 | Angabe der Wegstrecken zu den nächstgelegenen Haltestellen öffentlicher Verkehrsmittel: | | |
| | Beschreibung der Wegstrecke zur Haltestelle | Entfernung in Minuten | Entfernung in km |
| | | | |
| | | | |
| 8.6 | Mit welchem Zeitaufwand kann die Strecke mit einem Kfz bei normalen Wege- und Verkehrsverhältnissen durchfahren werden? | | |
| 9. | <p>Bei Benutzung des Kfz auf dem Weg zum und vom Dienst:</p> <p>Lag für die Benutzung des Kfz ein schwerwiegender Grund vor?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wegen der Eigenart des Dienstes</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wegen der persönlichen Verhältnisse des Antragstellers</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wegen der örtlichen Verhältnisse</p> <p>ausführliche Begründung:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> | | |
| 10. | <p>Bei Benutzung des Kfz während einer Dienstreise bzw. eines Dienstganges:</p> <p>Hatte der Dienstvorgesetzte die Benutzung des Kfz vorher aus triftigen Gründen schriftlich gestattet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn nein, warum wurde die Dienstreise/der Dienstgang trotzdem mit dem Kfz durchgeführt?</p> | | |
| <p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Rechnungen über den damaligen Kauf der zerstörten/beschädigten oder abhanden gekommenen Gegenstände sind beizufügen. In jedem Fall ist die Rechnung über die Reparatur des beschädigten Gegenstandes oder über einen Neukauf (z. B. bei Brillen neben der Verordnung der beschädigten Brille auch die Abrechnung der Krankenkasse) beizufügen. Bei Totalschaden am Kfz ist ein Nachweis über den Zeit- oder Wiederbeschaffungswert und den tatsächlich erzielten Verkaufserlös vorzulegen. Bei Schadenersatzansprüchen gegen die eigene Versicherung sind ferner Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft sowie die Nummer des Versicherungsscheines anzugeben.</p> | | | |
| | | | |
| Ort, Datum | | Unterschrift | |

Schriftlicher Befundbericht des behandelnden Arztes ^{1) 2)}

| | |
|---|---|
| <p>Hinweis Diese Angaben dienen zur Feststellung des Vorliegens eines Dienstunfalles im Rahmen der Dienstunfallfürsorge nach den beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften (§§ 30 ff. Beamtenversorgungsgesetz - BeamtVG). Die Angaben sind nur in dem für diesen Zweck erforderlichen Umfang aufzunehmen.</p> <p>Name, Vorname: geb. am:</p> <p>Amtsbezeichnung/Beschäftigungsdienststelle:</p> | |
| 1. | Erstmalige Vorstellung des Patienten (Datum, Uhrzeit) |
| 2. | Anamnese |
| 3. | Befund |
| 4. | Diagnose |
| 5. | Therapie |
| <p>Ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verletzung/Krankheit und dem Unfallereignis in ärztlich-wissenschaftlicher Hinsicht erwiesen, wahrscheinlich oder ausgeschlossen?</p> <p>..... Ort, Datum</p> <p style="text-align: right;">..... Unterschrift und Stempel des Arztes</p> | |

¹⁾ „Vertrauliche Arztsache!“ Der Befundbericht ist in einem verschlossenen Umschlag in der Dienstunfallakte aufzubewahren!
²⁾ Abrechnung nach GOÄ Nr. 75 bzw. nach EBM, soweit ein Anspruch auf freie Heilfürsorge besteht

Gutachten/Stellungnahme des Polizeiarztes bzw. - soweit erforderlich - des Amtsarztes ¹⁾

Hinweis

Diese Angaben dienen zur Feststellung des Vorliegens eines Dienstunfalles im Rahmen der Dienstunfallfürsorge nach den beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften (§§ 30 ff. Beamtenversorgungsgesetz - BeamtVG). Die Angaben sind nur in dem für diesen Zweck erforderlichen Umfang aufzunehmen.

Name, Vorname: geb. am:

Amtsbezeichnung/Beschäftigungsdienststelle:

Ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verletzung/Krankheit und dem Unfallereignis in ärztlich-wissenschaftlicher Hinsicht erwiesen, wahrscheinlich oder ausgeschlossen?

Bemerkungen:

.....
Ort, Datum

.....
Bezeichnung der Dienststelle und
Unterschrift des Polizei- bzw. Amtsarztes

¹⁾ „Vertrauliche Arztsache!“ Das Gutachten/die Stellungnahme ist in einem verschlossenen Umschlag in der Dienstunfallakte aufzubewahren!

Schlussgutachten des Amts- bzw. Polizeiarztes ¹⁾

Hinweis:

Diese Angaben dienen zur Feststellung der Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen im Rahmen der Dienstunfallfürsorge nach den beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften (§§ 30 ff. Beamtenversorgungsgesetz - BeamtVG). Die Angaben sind nur in dem für diesen Zweck erforderlichen Umfang aufzunehmen.

Das Gutachten ist sechs Monate nach dem Dienstunfallereignis zu erstellen (gegebenenfalls auch früher, wenn ein Endzustand der Dienstunfallfolgen abzuschätzen ist).

Das Gutachtenformular ist auch für spätere Nachuntersuchungen/Schlussgutachten zu verwenden.

Name, Vorname: geb. am:

Amtsbezeichnung/Beschäftigungsdienststelle:

1. Wann hat die letzte ärztliche Behandlung stattgefunden?
2. Welche Verletzungsfolgen sind zurückgeblieben?
3. Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zum Zeitpunkt des Datums des Gutachtens:
 - 3.1 MdE als Folge des Dienstunfalles vom: v. H.
Körperschäden:
 - 3.2 MdE als Folge vorhergehender Dienstunfälle (nach § 30 BeamtVG): v. H.
Körperschäden:
 - 3.3 MdE als Folge aller Dienstunfälle: v. H.

Wenn die MdE unter Nr. 3.1 oder 3.3 **mindestens** 25 v. H. beträgt **und** über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten besteht (bzw. voraussichtlich wird), sind folgende weitere Einschätzungen vorzunehmen:
 - 3.3.1 MdE als Folge von nicht durch Dienstunfälle bedingte Körperschäden: v. H.
Körperschäden:
 - 3.3.2 Gesamt-MdE als Folgen von Dienstunfällen und anderen Körperschäden gemäß Nr. 3.3.1: v. H.

¹⁾ „Vertrauliche Arztsache!“ Das Schlussgutachten ist in einem verschlossenen Umschlag in der Dienstunfallakte aufzubewahren!

3.3.3 Zeitlich gestaffelte Einschätzung der MdE seit dem Zeitpunkt des Dienstunfalles

vom

| Zeitraum von | bis | MdE aus Dienstunfällen | MdE aus anderen Körperschäden | Gesamt-MdE |
|--------------|-----|------------------------|-------------------------------|------------|
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |
| | | v. H. | v. H. | v. H. |

4. Die ärztliche Behandlung ist abgeschlossen

ja, am nein

Ist eine weitere Nachuntersuchung durch den Amts- bzw. durch den Polizeiarzt erforderlich?

ja, am nein

Soweit eine weitere Heilbehandlung oder Nachuntersuchung erforderlich ist, muss das Schlussgutachten auf gesonderter Anlage wiederholt werden.

5. Wird die Dienstfähigkeit des Beamten durch den Unfall beeinflusst?

ja, in welcher Weise? nein

6. Bemerkungen:

.....
Ort, Datum

.....
Bezeichnung der Dienststelle und
Unterschrift des Polizei- bzw. Amtsarztes

Ich erkenne die Feststellung des Arztes an.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Beamten oder Richters

Absender:
(Beamter oder Richter)

Abschlussklärung zum Dienstunfall
(zweifach zu übersenden)

- An den Polizeiärztlichen Dienst
- An den Amtsarzt

| | |
|---------------|---------|
| Name, Vorname | geb. am |
|---------------|---------|

| | |
|--------------|---------------|
| Dienststelle | Dienstbereich |
|--------------|---------------|

| | | | |
|-----------------|--------------|-------|------|
| Dienstunfall am | anerkannt am | durch | Az.: |
|-----------------|--------------|-------|------|

1. Dienstunfallbedingte Beschwerden
 bestehen nicht mehr
 bestehen noch wie folgt:

2. Die dienstunfallbedingte Heilbehandlung
 ist abgeschlossen: sie dauerte vom bis

 dauert noch an, voraussichtlich bis

3. Bemerkungen oder sonstige Hinweise an den Amts-/Polizeiärztlichen Dienst:

Durch die Abgabe dieser Erklärung ist die Geltendmachung weiterer Unfallfürsorgeansprüche nicht ausgeschlossen.

| | |
|----------------|--|
| | |
| Ort, Datum | Unterschrift des Beamten oder Richters |

Stellungnahme des Polizei-/Amtsarztes: ¹⁾

| | |
|--|----------------------------|
| Minderung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten | ja/nein |
| Begutachtung erforderlich | ja/nein |
| Beamten mit Schreiben vom | informiert. |
| Beamten für den | zur Begutachtung bestellt. |

| | |
|----------------|---|
| | |
| Ort, Datum | Bezeichnung der Dienststelle und Unterschrift des Polizei- bzw. Amtsarztes |

¹⁾ „Vertrauliche Arztsache!“ Das Gutachten/die Stellungnahme ist in einem verschlossenen Umschlag in der Dienstunfallakte aufzubewahren!