

Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)

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

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten Annegret Allerstein, Oberschuldirektor(in) (A 16)	Geburtsdatum 11.11.1967	Beamter/-er Beschäftigter beamtet
Genaue Anschrift ewweewewe 55, 49072 Osnabrück	Telefon (dienstlich) 05432 1234	Telefon (privat) 22222222222222

IBAN	BIC des Kreditinstituts
Beschäftigungsstelle der/des Bediensteten (z. B. Schule, Amt etc.) Schule Irgendwo, 11111 Irgendwo	Altenzeichen des NLBV 4344444433
Bei Beamteninnen und Beamten: <input type="checkbox"/> Beihilfeempfängerin <input type="checkbox"/> Heilmitsorgeempfängerin	E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)

Unfall

der/des Bediensteten/
Versorgungsberechtigten

Unfall

einer/eines Familienangehörigen,
für die/den Beihilfe beantragt wird

Name der/des Angehörigen, rechtl. Stellung zur/zum
Bediensteten/Versorgungsberechtigten

Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalls

Schilderung der Unfallursache und des Unfallvergangens (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besondren Bogen verwenden.)

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)

1.

2.

Unfallzeugin/n oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)

1.

2.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?

nein

ja

Genaue Bezeichnung und Anschrift sowie Altenzeichen der Polizeidienststelle:

Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Altenzeichen)

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

Nur für Beamteninnen und Beamte:

Eine Bescheinigung der Diagnose (z. B. Attest, Rechnungskopie o. a.) ist erforderlich.

liegt an

wird
nachgereicht

Die umfallbedingte Behandlung ist bereits abgeschlossen.

nein

ja

Bei Unfällen von Bediensteten:

Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?

nein

ja

Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis:

Eine Dienst- oder Arbeits-
unfähigkeitsbescheinigung

ist bereits vor-
gelegt worden

wird
nachgereicht

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?

nein

ja

Stationäre Behandlung von/bis:

Name des Krankenhauses

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<p><input type="checkbox"/> Es ist ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Schadensanzeige (Nr. 030_083) füge ich bei.</p> <p><input type="checkbox"/> Es ist ein sonstiger Schaden eingetreten. Eine Schadensanzeige (Nr. 030_082) füge ich bei.</p>			
Art und Umfang der Sachschäden (Ggf. Quittungen beifügen oder Alter und Kaufpreis der Gegenstände angeben.)			
<p>Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zweifelhaft</p>			
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.		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
<p>Der Unfall ereignete sich</p> <p><input type="checkbox"/> in der Dienststätte <input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> im privaten Bereich (nur Unfälle mit Schadensersatzansprüche gegen Dritte)</p> <p><input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)</p> <p><input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)</p>			
<p>Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Genehmigung ist beizufügen)</p> <p>Für den Einsatz des Personentransportwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)</p>			
Weitere Erläuterungen			
<p>Zusatzklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezähnten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an das Land Niedersachsen ab.</p>			
<p>Erklärung:</p> <p>Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Festsetzungsstelle beim NLBV von der ärztlichen Schweigepflicht.</p> <p>Für den Polizeibereich gilt zusätzlich:</p> <p>Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt ebenfalls gegenüber den gesetzlich tätigen Ärztinnen und Ärzten und den für Schadensrecht zuständigen Stellen.</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. der/des betroffenen volljährigen Familienangehörigen</p>			
Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle (vollständige Anschrift angeben) Schule Irgendwo Schulstraße 1 11111 Irgendwo	Telefon 05432 1234	Datum 16.12.2025	Eingangsmerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Festsetzungsstelle beim NLBV
<p>Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.</p>			
<input type="checkbox"/> Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPensVG beteiligt worden (Pflichtbeteiligung)	<input type="checkbox"/> Bei Beschäftigten: Die entsprechende Unfallanzeige hat die Landesunfallkasse erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			
Annegret Allerstein, Schulleiterin			