

// DIENSTUNFALLANZEIGE

einer Beamtin/ eines Beamten

Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
Beamtenversorgung/ Unfallfürsorge
Postfach 4806
48027 Münster

		Kassenmitglied	
		Aktenzeichen	
Sachbearbeiterin / Sachbearbeiter		Telefon	Fax
Aktenzeichen der kvw-Beamtenversorgung		Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen	

Wichtig:

Zeigen Sie uns den Unfall **unverzüglich an**. Nutzen Sie dafür bitte dieses Formular.

Vor- und Familienname der/des Verletzten	
Amtsbezeichnung	Geburtsdatum
Wohnort	Straße

Tag und Stunde des Unfalls?	am	Uhr
Unfallstelle		
Anlässlich welcher Beschäftigung hat die/der Verletzte den Unfall erlitten?		
Wie hat sich der Unfall zugetragen? Der Hergang des Unfalls ist möglichst genau zu schildern (ggf. Anlage!)		

<p>Folgen des Unfalls:</p> <p>a) Welche Körperteile sind verletzt? (Rechts und links unterscheiden)</p>	
<p>b) Welcher Art ist die Verletzung? (z.B. Knochenbruch, Verrenkung, Gliederverlust usw.)</p>	
<p>c) Hat die/ der Verletzte die Arbeit sofort eingestellt oder wann?</p>	
<p>Könnte ein vorhandenes Leiden (Vorscha- den) Teil-/Ursache für den Unfall sein?</p>	
<p>Verbleib des Verletzten:</p> <p>a) Ist die/der Verletzte in einem Krankenhaus untergebracht? Wenn ja, in welchem? Ist die Behandlung auf eigene Veranlassung aufgenommen oder sind besondere Heilmaßnahmen durch die Dienststelle angeordnet?</p>	
<p>b) Seit wann erfolgt ärztliche Behandlung?</p>	
<p>c) Durch welchen Arzt erfolgt die Behandlung (Genauere Anschrift)</p>	
<p>d) Wie lange dauert nach Ansicht des Arztes die Behandlung?</p>	
<p>Ist der Unfall durch Verschulden eines Dritten verursacht?</p> <p>Wenn ja, Angabe des Namens und der Anschrift des Schuldigen.</p> <p>Bei Verkehrsunfällen: Kfz-Halter: amtliches Kennzeichen: Kfz-Versicherung: Versicherungsnummer: Schadens-Nr.:</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Ist gegen den Dritten Strafanzeige erstat- tet? (Wenn ja, bei welcher Stelle und mit welchem Erfolg?)</p>	
<p>Sind mit dem Dritten bereits Verhandlungen wegen Erlangung von Schadenersatz eingeleitet worden?</p> <p>Mit welchem Ergebnis?</p>	

<p>Liegt eigenes Verschulden der/des Verletzten vor? (Vorsatz oder Mitverschulden?)</p>	
<p>Sind behördlicherseits Ermittlungen angestellt worden? Von welcher Behörde? Unter welchem Aktenzeichen? Die polizeilichen Ermittlungsvorgänge bzw. die Unterlagen der Staatsanwaltschaft in jedem Falle hier zur Einsichtnahme vorlegen oder unverzüglich nachreichen.</p>	
<p>Welche Personen sind Augenzeugen des Unfalles? (Genaue Angaben mit Anschrift)</p>	
<p>Gehört die/der Verletzte einer Krankenkasse oder Unfallversicherung an, ggf. welcher?</p>	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte beachten Sie auch die Folgeseite und fügen der Dienstunfallanzeige die unterzeichnete Entbindung von der Schweigepflicht bei.

// ENTBINDUNG SCHWEIGEPLICHT

Kommunale Versorgungskassen Westfalen-Lippe Beamtenversorgung/ Unfallfürsorge Postfach 4806 48027 Münster	Kassenmitglied
	Aktenzeichen der kvw-Beamtenversorgung
Name, Vorname der/ des Verletzten	Unfallereignis vom

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die kvw-Beamtenversorgung notwendige Nachforderungen oder Klärungen vornimmt, die für die Bearbeitung des Unfallereignisses unverzichtbar sind (z. B. fehlende Belege, Rückfragen beim behandelnden Arzt oder der Krankenkasse/ Versicherung). Insbesondere entbinde ich meine behandelnden Ärzte gegenüber der kvw-Beamtenversorgung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------