

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

Mitglieds-Nr.
Name und Anschrift des Mitglieds
zuständige(r) Ansprechpartner(in)
Name
Tel.-Nr.
Fax-Nr.

Meldung des Dienstherrn zu einem Dienstunfall

I. Vom Verletzten auszufüllen:			
1.	Name, Vorname, ggf. Geburtsname		Geburtsdatum
	Dienst-/ Amtsbezeichnung		
	Art des Dienstverhältnisses (z. B. Beamter auf Lebenszeit, auf Zeit, auf Widerruf) ^{1), 2)}		
	Straße und Haus-Nr.		
	Postleitzahl und Wohnort	Telefon-Nr. (dienstlich)	
2.	Unfallzeitpunkt		
	Datum	Wochentag	Uhrzeit
3.	Art der dienstlichen Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt		
4.	Unfallstelle (z. B. Ort, Straße)		
5.	Art der Verletzung (z. B. Knochenbruch, Schnittwunde, Distorsion)	verletztes Körperteil (z. B. rechter Unterarm)	

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten und zu den Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz gibt es in unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kv-sachsen.de/datenschutz.

- 1) Bei Ehrenbeamten und Beamten auf Widerruf bitte Ernennungskunde beifügen.
- 2) Bei ehrenamtlich Tägigen, die dieselben Rechte wie Ehrenbeamte haben, bitte Nachweis über Art und Beginn der Tätigkeit und die Form des Unfallversicherungsschutzes beifügen.

	Ja	Nein
6.	Sind bereits Behandlungskosten angefallen?	<input type="checkbox"/> in Höhe von _____ € <input type="checkbox"/>
7.	Sind (weitere) Behandlungskosten zu erwarten?	<input type="checkbox"/>
8.	Ist aufgrund des Unfalls mit dauerhaften körperlichen oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Spätfolgen zu rechnen?	<input type="checkbox"/> mit folgenden Beeinträchtigungen bzw. Spätfolgen: _____ _____
9.	Sind Sie in einem Krankenhaus untergebracht?	<input type="checkbox"/> seit: _____ in folgendem Krankenhaus: _____ _____
10.	Haben Sie a) Vorerkrankung oder Verletzungen, die durch den Unfall verschlimmert wurden, oder ist der Körperschaden durch eine Vorerkrankung (mit-) verursacht worden? ³⁾ b) Körperschäden als Folge eines früheren Dienstunfalls? c) Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z. B. Wehrdienstbeschädigung)?	<input type="checkbox"/> (durch) folgende Vorerkrankungen/Verletzungen: _____ <input type="checkbox"/> folgende Körperschäden: _____ <input type="checkbox"/> wegen folgender Verletzungen: _____
11.	Haben Sie vor dem Unfall Medikamente, Alkohol oder andere berauscheinende Mittel (z. B. Drogen) zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> folgende: _____
12.	Ist unmittelbar vor dem Unfall eine Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Übermüdung) oder ein sonstiges Unwohlsein eingetreten?	<input type="checkbox"/> folgende: _____
13.	Detaillierte Schilderung des Unfalls, der Ursache und des Geschehensablaufs:	

3) Der Unfall muss Ursache für den entstandenen Körperschaden sein. Dies ist nicht der Fall, wenn der Körperschaden aufgrund der Vorerkrankung bei jeder anderen Gelegenheit hätte eintreten können.

	Ja	Nein
14. Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?	<input type="checkbox"/> Name und Anschrift des Schädigers: <hr/> <hr/> Versicherung des Schädigers mit Vers.-/Schaden-Nr.: <hr/> <hr/> Bei Verkehrsunfall: amtliche Kennzeichen der beteiligten Fahrzeuge: <hr/> 	<input type="checkbox"/>
15. Gibt es Zeugen des Unfallgeschehens?	<input type="checkbox"/> Name: _____ Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____	<input type="checkbox"/>
16. Hat eine Polizeidienststelle den Unfall aufgenommen?	<input type="checkbox"/> , folgende: _____ Tagebuch-Nr.: _____	<input type="checkbox"/>
17. Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren oder ein Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz anhängig?	<input type="checkbox"/> Wo: _____ gegen wen (Name und Anschrift): _____ Az.: _____	<input type="checkbox"/>
18. Sind Sie nach dem Unfall zu einem anderen Dienstherrn versetzt worden?	<input type="checkbox"/> , zu folgendem Dienstherrn: _____	<input type="checkbox"/>
19. Zusatzangaben bei Wegeunfällen, auch im Rahmen einer Dienstreise a) Abgangsort und -zeit b) Zielort und Ankunftszeit c) Wie wurde der Weg zurückgelegt (z. B. zu Fuß, mit privaten KfZ, mit öffentlichen Verkehrsmitteln)? d) Welcher Weg wird gewöhnlich benutzt? (kurze Beschreibung)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

		Ja	Nein	
19.	e) Liegt die Unfallstelle auf dem zwischen Abgangs- und Zielort gewöhnlich benutzten Weg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Warum wurde ein Umweg gemacht und wie lange dauerte dieser? _____ _____
		Ja		Nein
	f) Wurde der Weg zwischen Abgangs- und Zielort unterbrochen?	<input type="checkbox"/>	Warum wurde der Weg unterbrochen (z. B. zum Besuch einer Gaststätte, eines Geschäfts, aus sonstigen privaten Anlass)? _____	<input type="checkbox"/>
			Wie lange dauerte die Unterbrechung? _____	
	g) Sonstige Angaben, die zur Beurteilung des Sachverhalts von wesentlicher Bedeutung sind (z. B. Fahrgemeinschaft)			
20.	Erklärung			
	<p>Sobald beurteilt werden kann, dass die als Folge des Dienstunfalls anerkannten Körperschäden zu einer länger als sechs Monate andauernden wesentlichen Minderung der Erwerbsfähigkeit führen, werde ich den KVS hierüber informieren.</p> <p>Als Verletzter entbinde ich meine Krankenkasse bzw. Krankenversicherung und die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht hinsichtlich Art und Umfang der Verletzungen sowie der Erkrankungen vor dem Unfall, soweit dies für Entscheidungen im Verfahren zum Dienstunfall und zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich ist.</p> <p>Ich kann meine Einwilligung zu der Datenweitergabe ohne Angabe von Gründen verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung oder der Widerruf meiner Einwilligung zur Versagung von Leistungsansprüchen führen kann.</p>			
	<p>Zusätzliche Erklärung bei Verletzten, die nicht Beamte sind:</p> <p>Ich trete gesetzliche Schadensersatzansprüche, die mir infolge der Körperverletzung gegen den Schädiger zustehen, insoweit an den KVS ab, als dieser während einer auf der Körperverletzung beruhenden Aufhebung der Dienstfähigkeit oder infolge der Körperverletzung zur Gewährung von Leistungen verpflichtet ist. Die Abtretung erstreckt sich auch auf gesetzliche Schadensersatzansprüche wegen der Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Heil-, Hilfsmitteln oder Körperersatzstücken sowie auf Erstattungsansprüche; im Übrigen auch auf noch nicht anerkannte oder gerichtlich festgestellte Ansprüche gegen den Schädiger.</p> <p>Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.</p> <p>Datum _____ Unterschrift des Verletzten _____</p>			

II. Entscheidung des Dienstherrn bzw. der Rechtsaufsichtsbehörde nach § 50 Abs. 3 SächsBeamtVG i.V.m. § 11 SächsGKV

		Ja	Nein
1.	Der Unfall wird als Dienstunfall i. S. d. § 33 SächsBeamtVG anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Der Verletzte hat den Dienstunfall vorsätzlich herbeigeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Stempel und Unterschrift der entscheidenden Behörde

Anlagen:
