

Thüringer Landesfinanzdirektion
 Zentrale Gehaltsstelle
 Referat B 9 - Dienstunfallfürsorge
 Postfach 90 04 51
 99107 Erfurt

Unfallmeldung für Beamte über einen Dienstunfall

Hinweise

Unfälle, die in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten sind und die einen Körperschaden zur Folge haben, sind ungeachtet der Schwere des Unfalls umgehend, zumindest aber innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren, bei Sachschäden von drei Monaten dem Dienstvorgesetzten (§ 3 Thüringer Beamtengesetz) zu melden. Zu diesem Zweck ist den Verletzten dieser Vordruck zu Unfallmeldung auszuhändigen. Die Verletzten haben die Abschnitte A und B evtl. C auszufüllen. Der Dienstvorgesetzte beantwortet Abschnitt D des Vordruckes. Im Falle der Verhinderung des Beamten (z.B. schwere Krankheit oder Tod) füllt der Dienstvorgesetzte die Vordrucke (ausgenommen des Beiblattes) aus.

Zum Nachweis des unfallbedingten Körperschadens genügt die bloße Mitteilung des Verletzten über seine körperliche Befindlichkeitsstörung nicht. Hierzu bedarf es einer ärztlichen Feststellung des eingetretenen Körperschadens. Der Unfallmeldung ist deshalb in jedem Fall das Beiblatt zur Unfallmeldung (Vordruck ZGT-5.1a) in einem verschlossenen Umschlag beizufügen.

Die Unfallmeldung ist mit dem in einem verschlossenen Umschlag befindlichen Beiblatt umgehend an die Thüringer Landesfinanzdirektion weiterzuleiten.

Vom Antragsteller auszufüllende Unfallmeldung

A Persönliche Daten

Name, Vorname		Amtsbezeichnung	
Dienststelle			
ggf. Bezeichnung und Anschrift der auswärtigen Dienst- / Beschäftigungsstelle am Unfalltag			
Personalnummer	Geburtsdatum	Telefonnummer für Rückfragen priv. / dienstl.	
Wohnanschrift / Haupt- und Nebenwohnung			
Arbeitszeit am Unfalltag		von	bis

B Angaben zum Unfallgeschehen

Tag und Stunde des Unfalls (Wochentag, Datum, Uhrzeit)	Der Unfall wurde erstmals der Dienststelle angezeigt am
genaue Bezeichnung der Unfallstelle _____	
Wurde anlässlich des Unfalls ein Arzt konsultiert? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.	
unfallbedingte Krankheitszeiten <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, die Arbeit wurde eingestellt (Tag und Stunde) _____ vom behandelnden Arzt für dienstunfähig erklärt (von - bis) _____ Arbeit wieder aufgenommen (Tag und Stunde) _____	
Unfall mit Todesfolge <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Zeitpunkt des Todes _____ Anschrift der Hinterbliebenen, die Anspruch auf Unfallfürsorge haben _____	
Beziehen Sie Unfall-, Invalidenrente, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Ruhegehalt oder dergleichen? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, von (Stelle) _____ _____	
Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Name und Anschrift der Polizeidienststelle _____ _____ Aktenzeichen: _____	
Ist privater Sachschaden entstanden? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Folgende Gegenstände wurden beschädigt oder sind in Verlust geraten: _____ _____ _____ Ergänzend ist die Anlage "Antrag auf Erstattung von Sachschäden / ..." (Vordruck ZGT-5.5) auszufüllen.	

Kann ein Dritter für den Schaden haftbar gemacht werden?

Nein. Ja, Name und Anschrift des Schädigers _____

Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung _____

Versicherungs-Nr. _____

Schadens-Nr. _____

Hinweis

Wird ein Beamter oder Versorgungsberechtigter oder einer ihrer Angehörigen körperlich verletzt oder getötet, so geht ein gesetzlicher Schadenersatzanspruch, der diesen Personen infolge der Körperverletzung oder der Tötung gegen einen Dritten zusteht, insoweit auf den Dienstherrn über, als dieser während einer auf der Körperverletzung beruhenden Aufhebung der Dienstfähigkeit oder infolge der Körperverletzung oder der Tötung zur Gewährung von Leistungen verpflichtet ist, § 61 ThürBG). Davon ausgenommen sind allerdings Schadenersatzansprüche, für die der Dienstherr keine Leistungen gewährt, wie z.B. Anwalts- und Gerichtskosten, Schmerzensgeld. Das bedeutet, dass Beamte solche Ansprüche selbst beim Schädiger oder dessen Versicherung geltend machen können.

Genauere Schilderung des Unfallhergangs und detaillierte Beschreibung der zur Verletzung führenden Gewaltwirkung auf den Körper, falls erforderlich, Skizze beifügen

Augenzeugen vorhanden?

Nein. Ja, Name und Anschrift _____

C Bei Wegeunfällen zusätzlich ausfüllen

<input type="checkbox"/> Weg zur bzw. von der Dienststelle	<input type="checkbox"/> sonstiger Weg
<input type="checkbox"/> Dienstreise - bitte Kopie der Genehmigung beifügen	
<input type="checkbox"/> Aus- / Fortbildungsreise - bitte Kopie der Genehmigung beifügen	
Abgang / Abfahrt von (genaue Ortsangabe) _____	
Uhrzeit _____	
Zielort (genaue Ortsangabe) _____	
Wegstrecke (kurze Beschreibung des Weges) _____ _____	
War dies die kürzeste Wegstrecke? <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.	
Bei Wegen zwischen Wohnung und Dienststelle: War dies der regelmäßige Weg? <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein; Erläuterung: _____	
Umwegstrecken (z. B. wegen Fahrgemeinschaften oder Unterbringung des Kindes) <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Art und Dauer angeben _____	
Unterbrechung des Weges (z. B. wegen Einkauf, Arztbesuch, Lokalbesuch)? <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Art und Dauer angeben _____	

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

D Stellungnahme des Dienststellenleiters der Beschäftigungsstelle

Bezeichnung und Anschrift des Dienststellenleiters

Die Angaben in den Abschnitten A und C werden bestätigt.

Ja. Nein. (Begründung) _____

Zum Unfallereignis Abschnitt B wird ergänzend bemerkt: _____

Hat sich der Unfall in Ausübung / infolge des Dienstes ereignet?

Ja. Nein, weil _____

Hat sich der Unfall während einer Dienstreise bzw. einer Aus- / Fortbildungsreise ereignet?

Nein. Ja. (Bitte Kopie der Genehmigung beifügen!)

Gibt es Anhaltspunkte, dass die / der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat?

Nein. Ja. Welche Anhaltspunkte liegen vor? _____

Kann möglicherweise ein Dritter für den Unfall haftpflichtig gemacht werden?

Nein. Ja, Name, Anschrift _____

Wurde das Informationsblatt zur Unfallfürsorge gem. §§ 30 ff. Beamtenversorgungsgesetz ausgehändigt?

Nein. Ja, am _____

Datum, Unterschrift Dienststellenleiter