

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. SMF S. 125).

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

1.	Name, Vorname:	Geb.-Datum:	MdE ¹⁾²⁾ :
2.	Amtsbezeichnung (oder Tag der Berufung in das Beamtenverhältnis):		Besoldungs- gruppe:
3.	Anschrift:		Telefonnummer ²⁾ :
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.	Genaue Schilderung des Unfalls, der Ursachen, der Verletzungen und des Geschehensablaufs/Art der dienstlichen Verrichtung (gegebenenfalls Skizze oder Beiblatt beifügen):		
8.	Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen? Ja, Ermittlungsbehörde und Aktenzeichen angeben:		Nein

¹⁾ MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit

²⁾ Die Angaben von MdE und Telefonnummer sind freiwillig!

[illegible]

B. Einverständniserklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Amtsbezeichnung:

Beschäftigungsdienststelle:

Ich bin damit einverstanden, dass der Ärztliche Dienst 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 der Beamtin/des Beamten

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 zur Anlage 2 werden bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Begründung:
3.	Welche dienstplanmäßigen und weisungsgebundenen übertragenen Dienstaufgaben erledigte die Beamtin/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.	Schadensersatzansprüche 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 der Beamtin/dem Beamten bzw. den Hinterbliebenen bekanntgegeben.	
<div>Ort, Datum</div> <div>Unterschrift und Amtsbezeichnung des Dienstvorgesetzten mit Anschrift der Behörde</div>	