

Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname, Amts-/ Dienstbezeichnung d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		
Genauere Anschrift	Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Beschäftigungsstelle d. Bediensteten	Personal-Nr.	

<input type="checkbox"/> Unfall d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	<input type="checkbox"/> Unfall e. Familienangehörigen, für d. Beihilfe beantragt wird	Name d. Angehörigen, rechtl. Stellung z. Bediensteten/ Versorgungsberechtigten
---	---	---

Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles

Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges

Seite 3 mit weiteren Ausführungen ist beigelegt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)
1.

2.

3.

Unfallzeugeninnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)
1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle

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

Ist eine Rechtsanwältin/ ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts
--

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigelegt)
--

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten: Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	<input type="checkbox"/> ist bereits vor- gelegt worden	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	--	---

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Stationäre Behandlung von/ bis	Name des Krankenhauses
--------------------------------	------------------------

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin / Führer bzw. Halterin / Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich			
<input type="checkbox"/> in der Dienststelle	<input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Dienststelle	
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
<input type="checkbox"/> während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzerklärung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 Entgeltfortzahlungsgesetz in der Höhe des mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Arbeitsentgeltes und darauf entfallende vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit, Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversicherung und zur Pflegeversicherung sowie zu Einrichtungen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung an das Land Sachsen-Anhalt ab.			
Erklärung: Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen/Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift d. Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. d. betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakte führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
<input type="checkbox"/> Der Personalrat ist gem. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden.	<input type="checkbox"/> Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern: Die Unfallanzeige (gelb) hat die Unfallkasse Sachsen-Anhalt erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			

weitere Ausführungen

Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname, Amts-/ Dienstbezeichnung d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		
Genauere Anschrift	Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Beschäftigungsstelle d. Bediensteten	Personal-Nr.	

<input type="checkbox"/> Unfall d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	<input type="checkbox"/> Unfall e. Familienangehörigen, für d. Beihilfe beantragt wird	Name d. Angehörigen, rechtl. Stellung z. Bediensteten/ Versorgungsberechtigten
---	---	---

Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles

Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges

Seite 3 mit weiteren Ausführungen ist beigelegt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Unfallzeuginnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle

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

Ist eine Rechtsanwältin/ ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts
--

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigelegt)
--

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten:

Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	<input type="checkbox"/> ist bereits vor- gelegt worden	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	--	---

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Stationäre Behandlung von/ bis	Name des Krankenhauses
--------------------------------	------------------------

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin / Führer bzw. Halterin / Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich			
<input type="checkbox"/> in der Dienststelle	<input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Dienststelle	
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
<input type="checkbox"/> während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzerklärung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 Entgeltfortzahlungsgesetz in der Höhe des mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Arbeitsentgeltes und darauf entfallende vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit, Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversicherung und zur Pflegeversicherung sowie zu Einrichtungen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung an das Land Sachsen-Anhalt ab.			
Erklärung: Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen/Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift d. Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. d. betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakte führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
<input type="checkbox"/> Der Personalrat ist gem. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden.	<input type="checkbox"/> Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern: Die Unfallanzeige (gelb) hat die Unfallkasse Sachsen-Anhalt erhalten.		
Weitere Angaben			
Unterschrift			

weitere Ausführungen

Unfallanzeige (auf dem Dienstweg vorlegen)Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname, Amts-/ Dienstbezeichnung d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		
Genauere Anschrift	Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Beschäftigungsstelle d. Bediensteten	Personal-Nr.	

<input type="checkbox"/> Unfall d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	<input type="checkbox"/> Unfall e. Familienangehörigen, für d. Beihilfe beantragt wird	Name d. Angehörigen, rechtl. Stellung z. Bediensteten/ Versorgungsberechtigten
---	---	---

Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles

Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges

Seite 3 mit weiteren Ausführungen ist beigelegt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)
1.

2.

3.

Unfallzeuginnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)
1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle

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

Ist eine Rechtsanwältin/ ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts
--

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigelegt)
--

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten: Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	<input type="checkbox"/> ist bereits vor- gelegt worden	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	--	---

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Stationäre Behandlung von/ bis	Name des Krankenhauses
--------------------------------	------------------------

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zweifelhaft
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Führerin / Führer bzw. Halterin / Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich			
<input type="checkbox"/> in der Dienststelle	<input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Dienststelle	
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
<input type="checkbox"/> während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzerklärung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 Entgeltfortzahlungsgesetz in der Höhe des mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlten Arbeitsentgeltes und darauf entfallende vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit, Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversicherung und zur Pflegeversicherung sowie zu Einrichtungen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung an das Land Sachsen-Anhalt ab.			
Erklärung: Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen/Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift d. Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. d. betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakte führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
<input type="checkbox"/> Der Personalrat ist gem. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden. <input type="checkbox"/> Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern: Die Unfallanzeige (gelb) hat die Unfallkasse Sachsen-Anhalt erhalten.			
Weitere Angaben			
Unterschrift			

weitere Ausführungen