

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

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

Unfall ☐ d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	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	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Unfallzeuginnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Genaue 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?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts
--

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

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

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten:

Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?	☐ nein	☐ ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	☐ ist bereits vor- gelegt worden	☐ wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	--	---

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?	☐ nein	☐ ja
--	-------------------------------	-----------------------------

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

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		☐ nein	☐ ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		☐ nein	☐ ja ☐ 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			
☐ in der Dienststelle	☐ während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)		☐ außerhalb der Dienststelle
☐ während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
☐ auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
☐ während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
☐ während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
☐ im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzerklärung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (bitte ankreuzen)			
☐ Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 Entgeltfortzahlungsge- setz 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 Sozialversiche- rung 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.			
☐ Der Personalrat ist gem. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden. ☐ 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		
Genaue Anschrift	Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Beschäftigungsstelle d. Bediensteten	Personal-Nr.	

Unfall ☐ d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	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	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Unfallzeuginnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Genaue 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?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts
--

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

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

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten:			
Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?			
		☐ nein	☐ ja

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	☐ ist bereits vor- gelegt worden	☐ wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	--	---

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?	☐ nein	☐ ja
--	-------------------------------	-----------------------------

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

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		☐ nein	☐ ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		☐ nein	☐ ja ☐ 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			
☐ in der Dienststelle	☐ während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)		☐ außerhalb der Dienststelle
☐ während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
☐ auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
☐ während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
☐ während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
☐ im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzklärung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (bitte ankreuzen)			
☐ Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 Entgeltfortzahlungsge- setz in der Höhe des mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezählten Arbeitsentgeltes und darauf entfallende vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit, Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversiche- rung 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.			
☐ Der Personalrat ist gem. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden. ☐ 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		
Genaue Anschrift	Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Beschäftigungsstelle d. Bediensteten	Personal-Nr.	

Unfall ☐ d. Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	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	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Unfallzeuginnen bzw. Unfallzeugen (Name, Anschrift)

1.

2.

3.

Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Genaue 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?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Anwältin/ des Anwalts
--

Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

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

Wurde nach dem Unfall eine Ärztin/ ein Arzt aufgesucht?	☐ nein	☐ ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes

Bei Unfällen von Bediensteten:

Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit?	☐ nein	☐ ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Dienst- oder arbeitsunfähig von/ bis	Eine ärztliche Bescheinigung	☐ ist bereits vor- gelegt worden	☐ wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------	--	---

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?	☐ nein	☐ ja
--	-------------------------------	-----------------------------

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

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

Sind Sachschäden als Unfallfolge entstanden?		☐ nein	☐ ja
Art und Umfang der Sachschäden			
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden?		☐ nein	☐ ja ☐ 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			
☐ in der Dienststelle	☐ während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)		☐ außerhalb der Dienststelle
☐ während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststelle (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
☐ auf dem Wege von oder zu der Dienststelle oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienstzeit - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
☐ während eines Dienstganges innerhalb des Dienstortes (Zweck des Dienstganges, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
☐ während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)			
☐ im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)			
Weitere Erläuterungen			
Zusatzerklärung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (bitte ankreuzen)			
☐ Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 Entgeltfortzahlungsge- setz in der Höhe des mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezählten Arbeitsentgeltes und darauf entfallende vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit, Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversiche- rung 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.			
☐ Der Personalrat ist gem. § 59 Abs. 2 Satz 2 PersVG LSA beteiligt worden. ☐ Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern: Die Unfallanzeige (gelb) hat die Unfallkasse Sachsen-Anhalt erhalten.			
Weitere Angaben			
Unterschrift			

weitere Ausführungen