

# Anzeige über einen Dienstunfall

Formular ist zu verwenden für Beamte im Schuldienst

Ev. Kirche von Westfalen Das Landeskirchenamt Gehaltsabrechnungsstelle Altstädter Kirchplatz 5 33602 Bielefeld	
	Gesehen und weitergeleitet: Datum und Unterschrift der Schulleitung, Schulstempel

Antrag bitte vollständig ausfüllen und mit allen Unterlagen einmal in Papierform an die o.g. Adresse und zusätzlich per E-Mail an: [LKA.Dienstunfall-Schulen@ekvw.de](mailto:LKA.Dienstunfall-Schulen@ekvw.de) senden

## Persönliche Daten

Name, Vorname				Geburtsdatum	
Personalnummer				Dienstbezeichnung	
Private Anschrift				Private Rufnummer	
Dienstliche E-Mail-Adresse					
Name und Anschrift der Schule					
Erwerbsminderung vor dem Unfall (MdE)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwerbehinderung		GdB
Bankverbindung	IBAN			BIC	

In Ausübung meines Dienstes habe ich am	Datum		Uhrzeit	
einen Unfall erlitten, dessen Ursache und Hergang nachfolgend geschildert wird				
<input type="checkbox"/>	Ich bitte um Anerkennung des Unfalls als Dienstunfall			
<input type="checkbox"/>	Ich bitte um Erstattung des Sachschadens bzw. um Schadensersatz			

## Angaben zum Unfall mit Körperschaden

Der Unfall ereignete sich:	
<input type="checkbox"/>	während des Dienstes im Dienst- bzw. Schulgebäude oder auf dem Schulgrundstück
<input type="checkbox"/>	während einer dienstlichen Veranstaltung (Bescheinigung der Veranstaltungsleitung ist beizufügen, siehe Punkt 4 am Ende)
<input type="checkbox"/>	auf dem regelmäßigen Weg zwischen Wohnung und Schule bzw. Dienstort (Wegeskizze ist beizufügen, z.B. Kopie des Stadtplanes unter Einzeichnung des Unfallortes, siehe Punkt 5 am Ende)
<input type="checkbox"/>	auf einer Dienstreise, einem Dienstgang oder einer Fortbildungsveranstaltung (Dienstreisegenehmigung ist beizufügen, siehe Punkt 3 am Ende)
Bezeichnung der Unfallstelle (Ort, Straße, Haus-Nr. bei Wegeunfällen, Gebäudeteil)	

## Schilderung der Ursache und des Hergangs des Unfalls

Bei Ausführung welcher Tätigkeit kam es zum Unfall/Art des Dienstgeschäftes/Beschaffenheit der Unfallstelle

## Wegeunfall

<b>Ich befand mich auf folgendem Weg</b>		
<input type="checkbox"/> Weg zur Dienststelle oder von der Dienststelle		
<input type="checkbox"/> Weg während einer Dienstreise, eines Dienstgangs oder einer Fortbildungsreise		
<input type="checkbox"/> Sonstiger Weg (welcher?)		
Zielort (Adresse)		
Wegstrecke (Beschreibung des Weges, siehe Punkt 5 am Ende)		
<b>War die Wegstrecke die kürzeste Strecke zum Zielort?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nein (bitte begründen)		
<b>Weg zwischen Wohnung und Dienststelle/War der genommene Weg der regelmäßige Weg?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nein (bitte begründen)		
<b>Umweg (z.B. wegen Unterbringung des Kindes, aufgrund einer Fahrgemeinschaft)</b>		
<input type="checkbox"/> Ja (Art des Umweges, bitte begründen)		
Dauer des Umweges		Std./Min.
<input type="checkbox"/> Nein		
<b>Unterbrechung des Weges (z.B. aufgrund eines Arztbesuchs, eines Einkaufs)</b>		
<input type="checkbox"/> Ja (Art der Unterbrechung, bitte begründen)		
Dauer der Unterbrechung		Std./Min.
<input type="checkbox"/> Nein		

## Folgen des Unfalls

Art der beim Unfall erlittenen Verletzungen unter Angabe des verletzten Körperteils (Ärztliche Bescheinigung mit Diagnose ist beizufügen, siehe Punkt 1 am Ende)		
Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum	Uhrzeit
Name und Anschrift des behandelnden Arztes und/oder des Krankenhauses (Ärztliche Bescheinigung ist beizufügen, siehe Punkt 1 am Ende)		
Beginn und Ende des normalen Dienstes am Unfalltag	Beginn	Uhrzeit
	Ende	Uhrzeit
Dienst wurde eingestellt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später	Dienst wurde wieder aufgenommen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	
Besteht oder bestand eine Dienstunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## Zeugen

Sind Zeugen vorhanden?	
<input type="checkbox"/>	Ja (Zeugenaussagen sind beizufügen, siehe Punkt 6 am Ende)
<input type="checkbox"/>	Nein

## Angaben zu körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen

Wurden Sie in der Vergangenheit schon einmal an dem verletzten Körperteil ärztlich behandelt, oder hatten Sie vor dem Unfallereignis Beschwerden, wie Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen?	
<input type="checkbox"/>	Nein (ärztlich bescheinigen lassen, siehe Punkt 2 am Ende)
<input type="checkbox"/>	Ja (ärztlich bescheinigen lassen mit Diagnose und Stellungnahme, ob diese Vorerkrankung für den Unfall relevant ist, auch Punkt 2)
<input type="checkbox"/>	Ist mit Folgeerkrankungen zu rechnen (ärztlich bescheinigen lassen, siehe Punkt 2 am Ende)
Bestand vor dem Unfall eine körperliche Behinderung oder sonstige Beeinträchtigung der körperlichen Verfassung?	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja (genaue Angaben)

## Sachschaden

Ist bei dem Unfall zusätzlich ein Sachschaden am privaten Eigentum entstanden?		
<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja, welcher Gegenstand (Brille, Kleidungsstück)?		
Der Gegenstand wurde		
<input type="checkbox"/> Beschädigt	<input type="checkbox"/> Zerstört	<input type="checkbox"/> Verloren <input type="checkbox"/> Entwendet
Höhe des Schadens Sofern vorhanden sind Originalrechnungen und Anschaffungsbelege bzw. Reparaturbelege beizufügen, siehe Punkt 7 am Ende)		EUR

## Verschulden

Ist der Unfall/Sachschaden durch ein Verschulden eines Dritten verursacht worden? (Bei Drittverschulden ist die Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beizufügen, siehe Punkt 8 am Ende)	
<input type="checkbox"/> Ja (Name, Anschrift und Versicherung des Unfallverursachers/Schadensverursachers, Name und Anschrift von Unfallzeugen)	
<input type="checkbox"/> Nein	

## Verkehrsunfall

Polizeidienststelle:	Aktenzeichen:
Anschrift (Kopie des Polizeiberichtes beifügen, siehe Punkt 9 am Ende)	
Name und Anschrift der KFZ-Versicherung des Unfallverursachers/Schadensverursachers	
KFZ-Kennzeichen des Unfallverursachers	

## Versicherungsschutz

Bestehen Ansprüche aus dem Unfall gegen Dritte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Noch nicht geklärt
Wird der entstandene Sachschaden von einer Versicherung erstattet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Noch nicht geklärt
Wenn eine Schadensregulierung vorgenommen wurde, in welcher Höhe erfolgte eine Erstattung?			EUR
Welche Unfall- oder Krankenversicherung wird in Anspruch genommen?			
Beziehen Sie Unfall- oder Invalidenrente oder sonstige Bezüge neben Ihren Dienstbezügen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft **in dieser Angelegenheit** behandeln werden, entbinde ich hiermit gegenüber dem Landeskirchenamt und der Bezirksregierung von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, dem Landeskirchenamt und der Bezirksregierung die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Meine Schadenersatzansprüche aus dem vorgenannten Unfall trete ich **in Höhe der Beihilfezahlungen** an das Landeskirchenamt, Altstädter Kirchplatz 5, 33602 Bielefeld, ab. Mir ist bekannt, dass ich insoweit über Ersatzansprüche nicht verfügen darf. Das Landeskirchenamt ist berechtigt, dem Schädiger, dessen Haftpflichtversicherung oder anderen Dritten Kopien, die den Unfall betreffen, zum Nachweis vorzulegen.

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

**Dieser Anzeige sind folgende Unterlagen beigefügt:**

beigefügt	wird nachgereicht	Die unter Punkt 1 und 6 genannten Vordrucke sind unter <a href="http://www.schulen-ekvw.de/download">www.schulen-ekvw.de/download</a> zu finden!
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Ärztliche Bescheinigung über Art und Umfang der erlittenen Verletzungen (gem. Vordruck)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Formlose ärztliche Bescheinigung (Angabe über Folgeerkrankungen aufgrund des unfallbedingten Körperschadens)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Dienstreisegenehmigung (wenn sich der Unfall während einer Dienstreise, eines Dienstganges oder einer Fortbildungsveranstaltung ereignet hat)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Bescheinigung der Veranstaltungsleitung (wenn sich der Unfall während einer dienstlichen Veranstaltung ereignet hat)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Wegeskizze (wenn sich der Unfall auf dem regelmäßigen Weg zwischen Wohnung und Dienstort ereignet hat)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Zeugenaussagen (nach Möglichkeit sind zwei Zeugenaussagen beizubringen; Vordruck verwenden)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Originalrechnungen, Anschaffungsbelege oder Reparaturbelege, unter Angabe der Nutzungsdauer (wenn ein Sachschaden entstanden ist)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (wenn Drittverschulden vorliegt)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Kopie des Polizeiberichtes (wenn ein Verkehrsunfall vorliegt)

**Eine Bearbeitung erfolgt erst nach Vorlage der erforderlichen Unterlagen**