

Anzeige über eine Schädigung durch Dritte

| | |
|---|--|
| Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen | |
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Privatanschrift | Telefon (dienstlich) Telefon (privat) |
| Beschäftigungsstelle | |
| E-Mail-Adresse | |
| Ort, Datum, Uhrzeit des schädigenden Ereignisses | |
| Dienst- oder arbeitsunfähig von/bis | |
| Schilderung des Vorfalls, der zur Schädigung geführt hat | |
| Beteiligte (Name, Anschrift) | |
| 1. | |
| 2. | |
| Zeuginnen oder Zeugen (Name, Anschrift) | |
| 1. | |
| 2. | |
| Bei Verkehrsunfällen: | Name, Anschrift Führerin/Führer bzw. Halterin/Halter des Kfz., Kennzeichen |
| | ggf. Anschrift der Versicherung der Gegenseite und Versicherungsnummer/Schadensnummer. |
| Wurde der Vorfall 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 oder ein Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts | |
| Zusatzerklärung von Beschäftigten (bitte ankreuzen) | |
| Für den Fall, dass Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen, trete ich diese gemäß § 6 EFZG in Höhe der mir während der Arbeitsunfähigkeit fortgezählten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an die Georg-August-Universität Göttingen Stiftung öffentlichen Rechts Universitätsmedizin Göttingen ab. | |
| Erklärung: Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle von der ärztlichen Schweigepflicht. | |
| Ort, Datum, Unterschrift der/des Bediensteten | |