

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

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		Bes.-/Entgelt-Gr.	
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der oder des Bediensteten		Kapitel-Titel, Aktenzeichen NLBV lt. Bezügeabrechnung	
bei Beamten: Beihilfeempfänger Heilfürsorgeempfänger		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
Unfall der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	Unfall einer oder eines Familienangehörigen, für die oder den Beihilfe beantragt wird	Name der oder des Angehörigen, rechtl. Stellung zur oder zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	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?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigefügt)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder 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 Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden (Sachschadensanzeige Nr. 030.000.082) 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 oder Führer bzw. Halterin oder Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich in der Dienststätte		während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	außerhalb der Dienststätte
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienststätte - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
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			
Es ist gleichzeitig ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.		nein	ja
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 fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteil zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an den Land Niedersachsen ab.			
Erklärung:			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig.			
Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der oder des Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. der oder des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden	Die Unfallanzeige (gelb) erhielt der Gemeindeunfallverband	die Landesunfallkasse	
Weitere Angaben			
Unterschrift			

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

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		Bes.-/Entgelt-Gr.	
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der oder des Bediensteten		Kapitel-Titel, Aktenzeichen NLBV lt. Bezügeabrechnung	
bei Beamten: Beihilfeempfänger Heilfürsorgeempfänger		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
Unfall der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	Unfall einer oder eines Familienangehörigen, für die oder den Beihilfe beantragt wird	Name der oder des Angehörigen, rechtl. Stellung zur oder zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	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?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigefügt)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder 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 Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden (Sachschadensanzeige Nr. 030.000.082) 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 oder Führer bzw. Halterin oder Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich in der Dienststätte		während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	außerhalb der Dienststätte
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienststätte - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
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			
Es ist gleichzeitig ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.		nein	ja
Zusatzklärung 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 fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteil zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an den Land Niedersachsen ab.			
Erklärung:			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der oder des Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. der oder des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden	Die Unfallanzeige (gelb) erhielt der Gemeindeunfallverband	die Landesunfallkasse	
Weitere Angaben			
Unterschrift			

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

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		Bes.-/Entgelt-Gr.	
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der oder des Bediensteten		Kapitel-Titel, Aktenzeichen NLBV lt. Bezügeabrechnung	
bei Beamten: Beihilfeempfänger Heilfürsorgeempfänger		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
Unfall der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	Unfall einer oder eines Familienangehörigen, für die oder den Beihilfe beantragt wird	Name der oder des Angehörigen, rechtl. Stellung zur oder zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	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?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigefügt)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder 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 Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden (Sachschadensanzeige Nr. 030.000.082) 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 oder Führer bzw. Halterin oder Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich in der Dienststätte		während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	außerhalb der Dienststätte
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienststätte - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
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			
Es ist gleichzeitig ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.		nein	ja
Zusatzklärung 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 fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteil zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an den Land Niedersachsen ab.			
Erklärung:			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der oder des Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. der oder des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden	Die Unfallanzeige (gelb) erhielt der Gemeindeunfallverband	die Landesunfallkasse	
Weitere Angaben			
Unterschrift			

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

Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten		Bes.-/Entgelt-Gr.	
Genauere Anschrift		Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)
Konto-Nummer	bei (Kreditinstitut)	Bankleitzahl	
Beschäftigungsstelle der oder des Bediensteten		Kapitel-Titel, Aktenzeichen NLBV lt. Bezügeabrechnung	
bei Beamten: Beihilfeempfänger Heilfürsorgeempfänger		E-Mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)	
Unfall der oder des Bediensteten bzw. Versorgungsberechtigten	Unfall einer oder eines Familienangehörigen, für die oder den Beihilfe beantragt wird	Name der oder des Angehörigen, rechtl. Stellung zur oder zum Bediensteten/Versorgungsberechtigten	
Ort (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalles			
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden.)			
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen?		nein	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?		nein	ja
Name und Anschrift der Anwältin oder des Anwalts			
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten?		nein	ja
Art und Umfang der Körperschäden (ärztliches Attest ist beigefügt)			
Wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?		nein	ja
Name und Anschrift der Ärztin oder 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 Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	ist bereits vorgelegt worden	wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?		nein	ja
Stationäre Behandlung von/bis	Name des Krankenhauses		

Sind Sachschäden (Sachschadensanzeige Nr. 030.000.082) 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 oder Führer bzw. Halterin oder Halter des Kfz., Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer angeben)		
Nur bei Unfällen von Bediensteten auszufüllen			
Der Unfall ereignete sich in der Dienststätte		während der Arbeitszeit (bei Lehrkräften: während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	außerhalb der Dienststätte
während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)			
auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Beginn oder Ende der Dienststätte - Veranstaltung - angeben und kürzesten Weg beschreiben)			
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			
Es ist gleichzeitig ein Kfz-Schaden eingetreten. Eine Kfz-Schadensanzeige (Nr. 030.000.083) füge ich bei.			
Die Fahrt war als Dienstreise genehmigt.		nein	ja
Für den Einsatz des Personenkraftwagens ist mir die Entschädigung nach § 5 Abs. 2 BRKG zugesagt worden.		nein	ja
Zusatzklärung 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 fortgezahlten Krankenbezüge einschließlich der Arbeitgeberanteil zur Sozial- und Zusatzversicherung und der Arbeitgeberumlage zur VBL Karlsruhe an den Land Niedersachsen ab.			
Erklärung:			
Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Die mich in dieser Angelegenheit behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Personalstelle bzw. der Beihilfefestsetzungsstelle von der ärztlichen Schweigepflicht.			
Ort, Datum, Unterschrift der oder des Bediensteten/Versorgungsberechtigten und ggf. der oder des betroffenen volljährigen Familienangehörigen			

Bei Unfällen von Bediensteten von der Beschäftigungsstelle auszufüllen			
Beschäftigungsstelle	Telefon	Datum	Eingangsvermerke - Beschäftigungsstelle - Personalakten führende Stelle - Beihilfefestsetzungsstelle
Gesehen und weitergereicht. Die Richtigkeit der Angaben ist, soweit möglich, geprüft worden.			
Der Personalrat ist gem. § 77 Abs. 5 NPersVG beteiligt worden	Die Unfallanzeige (gelb) erhielt der Gemeindeunfallverband	die Landesunfallkasse	
Weitere Angaben			
Unterschrift			