

Anzeige über einen Dienstunfall (Körperschaden)

Nur für Beamte!

Bei Sachschäden ohne Körperschäden ist nur das entsprechende Formular zu verwenden! (siehe <https://www.bezreg-muenster.de/themen/bildung-schule-und-sport/personalangelegenheiten/dienst-und-tarifrecht/dienstunfaelle>)

Bezirksregierung Münster
Dezernat 47.Z-DU
Albrecht-Thaer-Str. 9
48147 Münster

Gesehen und weitergereicht

Schulstempel, ggf. Stempel vom Schulamt

Postalisch auf dem Dienstweg

 Datum

 Unterschrift Schulleitung

In Ausübung meines Dienstes habe ich am _____ einen Unfall erlitten, dessen Ursache und Hergang nachgehend geschildert sind.

Ich bitte um Anerkennung der Ereignisse als Dienstunfall.

Dieser Anzeige sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Anlage 1: Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung eines Dienstunfalls (Angabe einer genauen Diagnose erforderlich).
2. Anlage 2: Zwei von Zeugen des Unfalls abgegebene schriftliche Darstellungen des Unfallhergangs, oder – falls unmittelbare Zeugen nicht vorhanden sind – zwei entsprechende Bescheinigungen von Personen, die zuerst von dem Unfall Kenntnis erhalten haben.
3. Ggf. Genehmigung, z. B. bei dienstlicher Veranstaltung, Dienstreise oder Klassenfahrt.

 Name

 Vorname

 Geburtsdatum

 Dienststelle

 Schulnummer

Angaben über den Unfall

Datum des Unfalls

Uhrzeit des Unfalls**Der Unfall ereignete sich:**

- | | |
|---|---|
| ☐ auf dem Schulgrundstück / im Schulgebäude | ☐ auf einer Dienstreise (<u>Genehmigung ist beizufügen!</u>) |
| ☐ auf einer dienstlichen Veranstaltung
(<u>Genehmigung ist beizufügen!</u>) | ☐ auf dem regelmäßigen Weg von/zur Dienststelle |

Bei Wegeunfällen:

- ☐ Ich versichere, dass ich auf dem direkten Weg von/zur Dienststelle verunfallt bin (ohne Zwischenstopp).
- ☐ Ich bin nicht auf dem direkten Weg verunfallt. Ich bin den nachfolgend geschilderten Weg gefahren (Skizze Ihres gesamten gewählten Weges mit Markierung der Unfallstelle ist beizufügen!).

Genaue Bezeichnung der Unfallstelle**Ursache und Hergang des Unfalls**

Grundangaben zu Ihrer Person_____
Name_____
Vorname_____
Geburtsdatum_____
Anschrift_____
E-Mail_____
Telefonnummer_____
Personalaktennr.**Namen der Zeugen (schriftliche Aussagen (Anlage 2) sind beizufügen!)**_____
Name des 1. Zeugen_____
Vorname des 1. Zeugen_____
Name des 2. Zeugen_____
Vorname des 2. Zeugen**Beginn und Ende Ihres normalen Schuldienstes am Unfalltag**_____
Beginn des Schuldienstes_____
Ende des Schuldienstes**Folgen des Unfalls****Art der beim Unfall erlittenen Verletzungen (genaue Bezeichnung des Körperschadens)****Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?**

Ist bzw. war eine Krankenhausbehandlung erforderlich?☐ Ja, vom _____ bis _____ ☐ Nein_____
Name des Krankenhauses_____
Anschrift des Krankenhauses

Besteht bzw. bestand Dienstunfähigkeit?

(Bei Drittverschuldung ist eine Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beizufügen!)

☐ Nein☐ Ja, vom _____ bis _____**Bestand vor dem Unfall eine körperliche Behinderung oder sonstige Beeinträchtigung der körperlichen Verfassung?**☐ Nein☐ Ja

Wenn ja: bitte Beeinträchtigung angeben:

Bestand vor dem Unfall Erwerbsminderung?☐ Nein☐ Ja, im Umfang von _____ %**Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt?**☐ Nein☐ Ja**Standen Sie zum Zeitpunkt des Unfalls unter Einfluss von Drogen (z. B. Alkohol, Cannabis)?**☐ Nein, ich habe keine Drogen konsumiert.☐ Ja, ich habe folgende Drogen konsumiert:

Angaben zu Sachschäden**Ist bei dem Unfall ein Sachschaden entstanden?**☐ Nein☐ Ja (Foto des beschädigten Gegenstands ist beizufügen!)**Wenn ja: wird eine Erstattung des entstandenen Sachschadens durch die Unfallfürsorgestelle beantragt?**☐ Nein☐ Ja**Angabe des Sachschadens:**

Wird der entstandene Sachschaden von einer Versicherung (z. B. Haftpflichtversicherung, PKW-Versicherung, Brillenversicherung) erstattet?

☐ Nein (Leistungsablehnung ist beizufügen!)☐ Ja

Angaben zu einer Beteiligung von Dritten**Liegt eine Verschuldung eines Dritten vor?**☐ Nein☐ Ja_____
Name des Dritten_____
Vorname des Dritten_____
Anschrift des Dritten**Weitere Angaben:****Versicherung des Dritten**_____
Name der Versicherung des Dritten_____
Anschrift der Versicherung des Dritten**Bei einem Verkehrsunfall**

Ist ein Polizeibericht vorhanden?

☐ Nein☐ Ja (Kopie des Polizeiberichts ist beizufügen!)_____
Polizeidienststelle, die den Unfall aufgenommen hat_____
Aktenzeichen_____
Anschrift der Polizeidienststelle**HINWEISE:**

1. Ihnen stehen neben den Unfallfürsorgeleistungen, im Falle der Anerkennung der Ereignisse als Dienstunfall, keine Leistungen der Beihilfe oder privaten Krankenversicherung zu. Die Kosten werden im Rahmen der rechtlichen Rahmenbedingungen von der Unfallfürsorgestelle (Dezernat 47.Z) erstattet. Sie können die Erstattung der Kosten im Zusammenhang mit einem Dienstunfall unter Vorlage des ausgefüllten „Antrags auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen“ bei der Unfallfürsorgestelle beantragen. Gerne können Sie die

Unterlagen per E-Mail an dienstunfaelle47.z@brms.nrw.de senden. Eine Einreichung auf dem Postweg ist ebenfalls weiterhin möglich.

2. Gemäß § 630a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) sind Sie dem Rechnungssteller gegenüber zahlungsverpflichtet. Die Unfallfürsorgestelle erstattet Ihnen lediglich die anfallenden Kosten. Mahngebühren oder Ähnliches werden von der Unfallfürsorgestelle nicht erstattet.
3. Aufwendungen für physiotherapeutische, osteopathische und heilpraktische Behandlungen können nur im Rahmen der rechtlichen Vorgaben (Heilverfahrensverordnung, Beihilfeverordnung NRW, etc.) erstattet werden.
4. Eine stationäre Krankenhausbehandlung muss der Unfallfürsorgestelle vorab angezeigt werden (ausgenommen Notfallbehandlung). Es sind die Kosten für eine Unterbringung im Zweibettzimmer erstattungsfähig.
5. Sofern eine Privatklinik aufgesucht wird, die nicht die Bundespflegesatzverordnung anwendet, sind nur die vergleichbaren Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Behandlung in einem Krankenhaus angefallen wären, das nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnet.
6. Psychotherapeutische Behandlungen müssen beantragt werden und bedürfen der **vorherigen** Genehmigung durch die Unfallfürsorgestelle. Nur die ersten fünf Behandlungen können **ohne vorherige** Genehmigung erstattet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass eine kurze ärztliche Bescheinigung (**Ziffer 70 GOÄ**) über die psychotherapeutisch zu behandelnden Diagnosen, mit der Bestätigung des ursächlichen Zusammenhangs zum Unfallereignis, vorgelegt wird.
7. Weitere Hinweise finden Sie auf der Internetseite der Bezirksregierung Münster unter <https://www.bezreg-muenster.de/themen/bildung-schule-und-sport/personalangelegenheiten/dienst-und-tarifrecht/dienstunfaelle>. In Zweifelsfällen bitten wir um frühzeitige Kontaktaufnahme mit der Unfallfürsorgestelle.

Fristen:

Anzeige über einen Sachschaden: Die Anzeige über einen entstandenen Sachschaden muss gemäß § 82 Landesbeamtengesetz Nordrhein-Westfalen (LBG NRW) innerhalb von 3 Monaten nach Schadenseintritt bei der Bezirksregierung gemeldet werden.

Anzeige über einen Dienstunfall: Ein Dienstunfall muss gemäß § 54 Landesbeamtenversorgungsgesetz (LBeamtVG) grundsätzlich innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalls angezeigt werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung eines Dienstunfalls

Name, Vorname:

Az.:

Untersuchungsbefund des Arztes:

1. Unfallbedingte Befunde:

2. Unfallunabhängige Befunde:

3. Unfallbedingter Körperschaden: (mit genauer Angabe der Lokalisation und kritischer Stellungnahme zum ursächlichen Zusammenhang zwischen behauptetem Schaden und objektiven Feststellungen, sofern vorhanden: Diagnose nach anerkanntem Diagnoseverschlüsselungssystem)

4. Besteht Dienstunfähigkeit?

☐ Nein ☐ Ja, bis _____

5. Wird eine Nachuntersuchung vorgeschlagen?

☐ Nein ☐ Ja, wann: _____

6. Weitere ergänzende Angaben und Feststellungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Zeugenaussage über einen Dienstunfall

**Bezirksregierung Münster
Dezernat 47.Z-DU
Albrecht-Thaer-Str. 9
48147 Münster**

Schule

Name, Vorname der verunfallten Lehrkraft: _____

Unfalldatum: _____

Namen der Zeugen

Name des 1. Zeugen

Vorname des 1. Zeugen

Name des 2. Zeugen

Vorname des 2. Zeugen

Schilderung des Unfallhergangs:

Unterschrift des 1. Zeugen

Unterschrift des 2. Zeugen