

### **Anhang 3**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle – Dienstunfallfürsorge  
Stauffenbergallee 2  
01099 Dresden

## **Dienstunfalluntersuchung gemäß § 50 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes (SächsBeamtVG)**

### **Hinweise**

Unfälle von Beamten, die in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten sind und bei denen ein Körperschaden entstanden ist, sind unbeachtlich ihrer Schwere umgehend den Dienstvorgesetzten zu melden. Für die Unfallmeldung gilt eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten (§ 50 SächsBeamtVG). Der Anspruch auf Unfallfürsorge nach § 32 Absatz 2 Satz 2 SächsBeamtVG ist innerhalb von zwei Jahren vom Tag der Geburt an von den Sorgeberechtigten geltend zu machen. Dienstvorgesetzte haben den Unfall nach dem Bekanntwerden sofort zu untersuchen (§ 50 Absatz 3 Satz 1 SächsBeamtVG). Zu diesem Zweck ist den Verletzten dieser Vordruck zur Unfallmeldung auszuhändigen. Verletzte haben die Abschnitte A bis C auszufüllen. Im Falle einer Verhinderung (zum Beispiel schwere Krankheit) füllen die Dienstvorgesetzten die Vordrucke (ausgenommen Befundbericht des behandelnden Arztes) aus.

Nach Ergänzung des schriftlichen Befundbericht des behandelnden Arztes durch die behandelnden Ärzte haben die Verletzten den ausgefüllten Vordruck in einem verschlossenen Umschlag mit dem Vermerk „Landesamt für Steuern und Finanzen, Dienstunfallfürsorge“ den Dienstvorgesetzten vorzulegen.

Die Dienstvorgesetzten beantworten Abschnitt D der Dienstunfalluntersuchung und leiten diese mit dem verschlossenen Umschlag an das Landesamt für Steuern und Finanzen weiter.

Wurde durch den Unfall auch ein Sachschaden verursacht und wird hierfür eine Erstattung beantragt, ist die Anlage 3 (Antrag auf Sachschadenersatz im Rahmen der Dienstunfallfürsorge) vollständig ausgefüllt und ebenfalls mit Stellungnahme der Dienstvorgesetzten im Landesamt für Steuern und Finanzen, Fachgebiet Dienstunfall einzureichen. Dabei gilt ebenfalls eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten (§ 50 SächsBeamtVG).

Werden Beamte bei einem Unfall verletzt oder getötet, so gehen die ihnen gegenüber dem Unfallverursacher zustehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüche insoweit auf den Freistaat Sachsen über, als dieser zu Leistungen verpflichtet ist (§ 90 SächsBG). Davon ausgenommen sind allerdings Schadenersatzansprüche, für die der Dienstherr keine Leistungen gewährt, wie zum Beispiel Anwalts- und Gerichtskosten, Schmerzensgeld. Das bedeutet, dass Beamte solche Ansprüche selbst beim Schädiger oder dessen Versicherung geltend machen können.

Die Daten werden in dem für die Bearbeitung notwendigen Umfang gespeichert und sind Dritten nicht zugänglich.

**A Unfallanzeige des Verletzten (§ 50 Absatz 1 Satz 1 SächsBeamtVG)**  
 – vom Antragsteller auszufüllen –

**I Angaben zur Person**

**1. Persönliche Angaben**

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| Name, Vorname  |  | Geburtsname oder früherer Name  |  | Geburtsdatum  |  |
| Personalnummer   |  | Amtsbezeichnung (oder Tag der Berufung in das Beamtenverhältnis) und Besoldungsgruppe |  | Telefon (Angabe freiwillig)<br><br>dienstlich:<br><br>privat: |  |
| Anschrift der Familienwohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) |  |   | gegebenenfalls Anschrift der Unterkunft am oder in der Nähe des Dienstortes (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) |   |  |
| Bezeichnung/Anschrift der Beschäftigungsdienststelle           |  |   | gegebenenfalls Bezeichnung und Anschrift der auswärtigen Dienst-/Beschäftigungsstelle am Unfalltag           |   |  |

**2. Arbeitszeit**

|  |     |     |     |     |          |          |
|--|-----|-----|-----|-----|----------|----------|
| Welche Dienstzeit war am Unfalltag festgelegt? (bei Gleitzeit: Rahmen- und Kerndienstzeit angeben) |     |     |     |     |          |          |
| Wöchentliche Arbeitszeit   |     |     |     |     |          | Stunden: |
| Mindestarbeitszeit   | von | Uhr | bis | Uhr | Stunden: |          |
| Feste Arbeitszeit  | von | Uhr | bis | Uhr |          |          |
| Kerndienstzeit   | von | Uhr | bis | Uhr |          |          |
| Rahmenzeit   | von | Uhr | bis | Uhr |          |          |
| Tatsächliche Arbeitszeit   | von | Uhr | bis | Uhr |          |          |

### 3. Krankenversicherung und andere Fürsorgeverfahren

|   |
|---|
| <p>Wie sind Sie krankenversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse                      <input type="checkbox"/> private Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Polizeibeamten: Anspruch auf Freie Heilfürsorge</p> <p>Bezeichnung und Anschrift der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse:</p><br><p>Versicherungsnummer:</p>  |
| <p>Bei gesetzlicher Krankenversicherung: Haben Sie Leistungen auf Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein            <input type="checkbox"/> ja</p>   |
| <p>Wurde bereits eine Feststellung über das Vorliegen einer Schwerbehinderung beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein            <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der zuständigen Behörde und Aktenzeichen:</p> <p>Liegen Ihnen dazu Bescheide oder ähnliches vor, fügen Sie diese bitte in Kopie bei.</p>  |
| <p>War oder ist wegen einer früheren gleichartigen oder ähnlichen Schädigung im Dienst ein Prüfungsverfahren anhängig (zum Beispiel bei der für die Sonderversorgung zuständigen Stelle bei Tätigkeiten als Polizist in der DDR, bei einer Berufsgenossenschaft, Unfallkasse oder ähnlichen)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein            <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der zuständigen Behörde und Aktenzeichen:</p> <p>Liegen Ihnen dazu Bescheide oder ähnliches vor, fügen Sie diese bitte in Kopie bei.</p> |

### 4. Bankverbindung zur Überweisung des erstattungsfähigen Betrages

|                |  |
|----------------|--|
| Kontoinhaber   |  |
| IBAN           |  |
| BIC            |  |
| Kreditinstitut |  |





**B Bei Wegeunfall sowie Dienstreise zusätzlich vom Antragsteller auszufüllen**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Weg zur beziehungsweise von der Dienststelle<br><input type="checkbox"/> Weg zwischen Unterkunft und Familienwohnung<br><input type="checkbox"/> Weg zur Durchführung eines Heilverfahrens nach § 36 SächsBeamtVG<br><input type="checkbox"/> sonstiger Weg _____<br>→ Weiter mit Buchstabe a | <input type="checkbox"/> Dienstreise am Dienst- oder Wohnort<br><input type="checkbox"/> Fortbildungsreise<br><br><p style="text-align: center;"><i>Bitte jeweils Kopie der Genehmigung mit vorlegen.</i></p> → Weiter mit Buchstabe b |   |
|  | a)   | b)  |
| Abgang/Abfahrt<br>(Zeit und genaue Ortsangabe)   | um _____ Uhr<br>von:   | um _____ Uhr<br>von:  |
| Zielort (genaue Ortsangabe)  | nach:  | nach:   |
| Gefahrene Wegstrecke (gegebenenfalls Skizze beifügen):   |  |   |
| War dies die ...   | ... verkehrsgünstigste, üblicherweise von Ihnen zurückgelegte Wegstrecke?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   | ... kürzeste verkehrsübliche beziehungsweise angeordnete Wegstrecke?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Im Falle einer Um- beziehungsweise Abwegstrecke: Befindet sich der Unfallort auf der ...   | ...verkehrsgünstigsten, üblicherweise von Ihnen zurückgelegten Wegstrecke?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | ...kürzesten verkehrsüblichen beziehungsweise angeordneten Wegstrecke?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn nein, aus welchem Grund wurde eine andere Strecke gewählt?  | (zum Beispiel Fahrgemeinschaft, Unterbringung des Kindes)  | (zum Beispiel Umleitung)  |
| Dauer der Um- beziehungsweise Abwegstrecke:  |  |   |
| Unterbrechung des Weges (zum Beispiel wegen Einkauf, Arztbesuch, Lokalbesuch)  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund  |
| Dauer der Unterbrechung:   |  |   |
| Welches Verkehrsmittel wurde für die Dienstreise angeordnet?   | (entfällt)   |   |

|  |  |
|--|--|
| Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der in den Abschnitten A und B gemachten Angaben. |  |
| Ort, Datum   | Unterschrift des Antragstellers/Verletzten |

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

|                                    |             |           |
|------------------------------------|-------------|-----------|
| Name, Vorname                      | geboren am: | Unfalltag |
| Anschrift – bitte nochmals angeben |             |           |

Das Landesamt für Steuern und Finanzen beabsichtigt, die für die Bearbeitung des Unfallereignisses notwendigen Auskünfte/Unterlagen direkt bei den zu beteiligenden Ärzten/Einrichtungen einzuholen und damit das Dienstunfallverfahren, insbesondere die Kausalitätsprüfung und die Feststellung der Verletzungsfolgen, zu beschleunigen. Soweit erforderlich, wird das Landesamt für Steuern und Finanzen einen Gutachter beauftragen und diesem die ärztlichen Unterlagen zur Verfügung stellen.

**Ich entbinde hiermit alle Ärzte, auch den polizeiärztlichen Dienst, Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger, Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gutachter, Psychotherapeuten, Psychiater und Psychologen gegenüber dem für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zuständigen Landesamt für Steuern und Finanzen und gegebenenfalls hinzuzuziehenden ärztlichen Gutachtern von der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem Landesamt für Steuern und Finanzen sowie den vom Landesamt für Steuern und Finanzen beauftragten Gutachtern die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte sowie die Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankheitsgeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, MRT-/CT-/OP-Aufnahmen), Gutachten (insbesondere auch zur Feststellung der Dienstfähigkeit), Unterlagen zur Abklärung von Vorschäden oder der Minderung der Erwerbsfähigkeit, zur Sachaufklärung sowie zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit zur Verfügung gestellt werden.**

Die vorstehende Einwilligung kann verweigert oder beschränkt (zum Beispiel auf einzelne Ärzte, Einrichtungen, Unterlagen) und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dadurch entstehende Beweisschwierigkeiten bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Voraussetzungen können zu Lasten des Beamten gehen.

Die oben genannten ärztlichen Unterlagen werden bei Bedarf, soweit für den Schaden des Dienstherrn die Haftung eines Dritten in Betracht kommt, der den Regress bearbeitenden Stelle (Landesamt für Steuern und Finanzen, Rechtsabteilung), zur Geltendmachung der auf den Freistaat Sachsen übergegangenen Ersatzansprüche zur Verfügung gestellt.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Verletzten

**D Untersuchungsergebnis des Dienstvorgesetzten (§ 50 Absatz 3 Satz 1 SächsBeamtVG)**

|  |  |
|--|--|
| Name und Bezeichnung des Dienstvorgesetzten sowie Anschrift der Behörde  |  |
| Wann wurde der Unfall dem Dienstvorgesetzten erstmals bekannt?<br>am: _____  | <input type="checkbox"/> durch mündliche Meldung<br><input type="checkbox"/> durch schriftliche Meldung<br><input type="checkbox"/> in sonstiger Weise (kurze Bezeichnung) |
| Die Angaben in den Abschnitten A (zur Person, zum Dienstverhältnis) und B werden bestätigt.<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Begründung:  |  |
| Welche dienstplanmäßigen und weisungsgebunden übertragenen Dienstaufgaben erledigte der Beamte zum Unfallzeitpunkt?  |  |
| Handelt es sich bei dem Unfall nach Meinung des Dienstvorgesetzten um einen Dienstunfall?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Begründung:  |  |
| Hat der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Begründung:  |  |
| Welche Schäden hat der Unfall verursacht?  |  |
| Schadenersatzansprüche – Kann für den Unfall ein Dritter haftbar gemacht werden?<br><i>Hinweis: Beim Vorliegen von drittverschuldeten Unfällen ist ein entsprechendes Formular zusätzlich auszufüllen. Erfragen Sie dies bitte bei Ihrer Personal verwaltenden Stelle.</i><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><br>Name, Anschrift des Dritten:<br><br>Ergänzende Angaben: |  |
| Das Untersuchungsergebnis wurde dem Beamten/Richter beziehungsweise den Hinterbliebenen bekannt gegeben.   |  |
| _____<br>Ort, Datum  | _____<br>Unterschrift des Dienstvorgesetzten mit Stempel der Behörde sowie<br>Name und Amtsbezeichnung des Dienstvorgesetzten<br>bitte mit Druckbuchstaben angeben         |