

Dienstunfalluntersuchung gemäß § 45 BeamtVG

in Verbindung mit der Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Verfahren in Dienstunfallsachen vom 15. April 1993 (SächsABl. S. 665, ABl. SMF S. 125)

A. Unfallanzeige des Verletzten (§ 45 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG)

1.	Name, Vorname	Geburtsdatum	MdE ¹⁾²⁾
2.	Amtsbezeichnung (oder Tag der Berufung in das Beamtenverhältnis)	Besoldungsgruppe	
3.	Anschrift	Telefonnummer ¹⁾	
4.	Bezeichnung und Anschrift der Beschäftigungsdienststelle		
5.	Ort, Datum und Uhrzeit des Unfalls		
6.	Welche Dienstzeit war am Unfalltag festgelegt? (bei Gleitzeit: Rahmen- und Kerndienstzeit angeben)		
7.	Genaue Schilderung des Unfalles, der Ursachen, der Verletzungen und des Geschehensablaufes/Art der dienstlichen Verrichtung (gegebenenfalls Skizze oder Beiblatt beifügen)		
8.	Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja, Ermittlungsbehörde und Aktenzeichen angeben <input type="checkbox"/> nein		

¹⁾ Die Angaben von MdE und Telefonnummer sind freiwillig

²⁾ MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit

B. Einverständniserklärung

1. _____ Name, Vorname
_____ Geburtsdatum
2. _____ Amtsbezeichnung
_____ Beschäftigungsdienststelle

Ich bin damit einverstanden, dass der Ärztliche Dienst der Polizei bzw. der Amtsarzt bei den Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung, die ich genannt habe oder die aus den von mir eingereichten Unterlagen ersichtlich sind, die für die Feststellung von Unfallfürsorgeleistungen erforderlichen Untersuchungsunterlagen (z. B. Untersuchungsbefunde, Krankengeschichten, Röntgenbefunde) heranzieht und Auskünfte einholt. Ich entbinde die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Beamten oder Richters

C. Untersuchungsergebnis des Dienstvorgesetzten (§ 45 Abs. 3 Satz 1 BeamtVG)

1.	Wann wurde der Unfall dem Dienstvorgesetzten erstmals bekannt?
2.	Die Angaben zur Person, zum Dienstverhältnis und zu der Anlage 2 werden bestätigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
3.	Welche dienstplanmäßigen und weisungsgebunden übertragenen Dienstaufgaben erledigte der Beamte zum Unfallzeitpunkt?
4.	Handelt es sich bei dem Unfall nach Meinung des Dienstvorgesetzten um einen Dienstunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
5.	Hat der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
6.	Welche Schäden hat der Unfall verursacht?
7.	Schadenersatzansprüche Kann für den Unfall ein Dritter haftbar gemacht werden? <input type="checkbox"/> ja, bitte Namen und Anschrift angeben <input type="checkbox"/> nein
8.	Wurde der Personalrat bei der Unfalluntersuchung beteiligt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Weitere Angaben:
	Dieses Untersuchungsergebnis wurde dem Beamten/Richter bzw. den Hinterbliebenen bekanntgegeben. Ort, Datum Unterschrift und Amtsbezeichnung des Dienstvorgesetzten mit Anschrift der Behörde