

Kommunaler Versorgungsverband  
Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

Mitglieds-Nr.
Name und Anschrift des Mitglieds
-----
-----
zuständige(r) Ansprechpartner(in)
Name
-----
Tel.-Nr.
-----
Fax-Nr.

### Meldung des Dienstherrn zu einem Dienstunfall

<b>I. Vom Verletzten auszufüllen:</b>											
1.	<table border="1"> <tr> <td>Name, Vorname, ggf. Geburtsname</td> <td>Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dienst-/ Amtsbezeichnung</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Art des Dienstverhältnisses (z. B. Beamter auf Lebenszeit, auf Zeit, auf Widerruf) <sup>1), 2)</sup></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Straße und Haus-Nr.</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl und Wohnort</td> <td>Telefon-Nr. (dienstlich)</td> </tr> </table>	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Dienst-/ Amtsbezeichnung		Art des Dienstverhältnisses (z. B. Beamter auf Lebenszeit, auf Zeit, auf Widerruf) <sup>1), 2)</sup>		Straße und Haus-Nr.		Postleitzahl und Wohnort	Telefon-Nr. (dienstlich)
Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum										
Dienst-/ Amtsbezeichnung											
Art des Dienstverhältnisses (z. B. Beamter auf Lebenszeit, auf Zeit, auf Widerruf) <sup>1), 2)</sup>											
Straße und Haus-Nr.											
Postleitzahl und Wohnort	Telefon-Nr. (dienstlich)										
2.	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Unfallzeitpunkt</td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Wochentag</td> <td>Uhrzeit</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Unfallzeitpunkt			Datum	Wochentag	Uhrzeit	_____	_____	_____	
Unfallzeitpunkt											
Datum	Wochentag	Uhrzeit									
_____	_____	_____									
3.	Art der dienstlichen Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt										
4.	Unfallstelle (z. B. Ort, Straße)										
5.	<table border="1"> <tr> <td>Art der Verletzung (z. B. Knochenbruch, Schnittwunde, Distorsion)</td> <td>verletztes Körperteil (z. B. rechter Unterarm)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Art der Verletzung (z. B. Knochenbruch, Schnittwunde, Distorsion)	verletztes Körperteil (z. B. rechter Unterarm)	_____	_____	_____	_____				
Art der Verletzung (z. B. Knochenbruch, Schnittwunde, Distorsion)	verletztes Körperteil (z. B. rechter Unterarm)										
_____	_____										
_____	_____										

- 1) Bei Ehrenbeamten und Beamten auf Widerruf bitte Ernennungsurkunde beifügen.
- 2) Bei ehrenamtlich Tätigen, die dieselben Rechte wie Ehrenbeamte haben, bitte Nachweis über Art und Beginn der Tätigkeit und die Form des Unfallversicherungsschutzes beifügen.

	Ja	Nein
6. Sind bereits Behandlungskosten angefallen?	<input type="checkbox"/> , in Höhe von _____ €	<input type="checkbox"/>
7. Sind (weitere) Behandlungskosten zu erwarten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist aufgrund des Unfalls mit dauerhaften körperlichen oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Spätfolgen zu rechnen?	<input type="checkbox"/> , mit folgenden Beeinträchtigungen bzw. Spätfolgen: _____ _____	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie in einem Krankenhaus untergebracht?	<input type="checkbox"/> seit: _____ in folgendem Krankenhaus: _____ _____	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie a) Vorerkrankung oder Verletzungen, die durch den Unfall verschlimmert wurden, oder ist der Körperschaden durch eine Vorerkrankung (mit-) verursacht worden? <sup>3)</sup> b) Körperschäden als Folge eines früheren Dienstunfalls? c) Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z. B. Wehrdienstbeschädigung)?	<input type="checkbox"/> , (durch) folgende Vorerkrankungen/Verletzungen: _____  <input type="checkbox"/> folgende Körperschäden: _____ _____  <input type="checkbox"/> , wegen folgender Verletzungen: _____ _____	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
11. Haben Sie vor dem Unfall Medikamente, Alkohol oder andere berauschende Mittel (z. B. Drogen) zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> , folgende: _____ _____	<input type="checkbox"/>
12. Ist unmittelbar vor dem Unfall eine Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Übermüdung) oder ein sonstiges Unwohlsein eingetreten?	<input type="checkbox"/> , folgende: _____ _____	<input type="checkbox"/>
13. <b>Detaillierte</b> Schilderung des Unfalls, der Ursache und des Geschehensablaufs:		

3) Der Unfall muss Ursache für den entstandenen Körperschaden sein. Dies ist nicht der Fall, wenn der Körperschaden aufgrund der Vorerkrankung bei jeder anderen Gelegenheit hätte eintreten können.

		Ja	Nein
14.	Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht?	<input type="checkbox"/> Name und Anschrift des Schädigers: _____ _____ _____ Versicherung des Schädigers mit Vers.-/Schaden-Nr.: _____ _____ Bei Verkehrsunfall: amtliche Kennzeichen der beteiligten Fahrzeuge: _____	<input type="checkbox"/>
15.	Gibt es Zeugen des Unfallgeschehens?	<input type="checkbox"/> Name: _____ Anschrift: _____ _____ Tel.-Nr.: _____	<input type="checkbox"/>
16.	Hat eine Polizeidienststelle den Unfall aufgenommen?	<input type="checkbox"/> , folgende: _____ _____ Tagebuch-Nr.: _____	<input type="checkbox"/>
17.	Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren oder ein Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz anhängig?	<input type="checkbox"/> Wo: _____ gegen wen (Name und Anschrift): _____ _____ Az.: _____	<input type="checkbox"/>
18.	Sind Sie nach dem Unfall zu einem anderen Dienstherrn versetzt worden?	<input type="checkbox"/> , zu folgendem Dienstherrn: _____ _____	<input type="checkbox"/>
19.	<b>Zusatzangaben bei Wegeunfällen, auch im Rahmen einer Dienstreise</b> a) Abgangsort und -zeit b) Zielort und Ankunftszeit c) Wie wurde der Weg zurückgelegt (z. B. zu Fuß, mit privaten KfZ, mit öffentlichen Verkehrsmitteln)? d) Welcher Weg wird gewöhnlich benutzt? (kurze Beschreibung)	_____ _____ _____ _____ _____ _____	

		Ja	Nein
19.	e) Liegt die Unfallstelle auf dem zwischen Abgangs- und Zielort gewöhnlich benutzten Weg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Warum wurde ein Umweg gemacht und wie lange dauerte dieser? <hr/> <hr/>
		Ja	Nein
	f) Wurde der Weg zwischen Abgangs- und Zielort unterbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Warum wurde der Weg unterbrochen (z. B. zum Besuch einer Gaststätte, eines Geschäfts, aus sonstigen privaten Anlass)? <hr/> Wie lange dauerte die Unterbrechung? <hr/>
g) Sonstige Angaben, die zur Beurteilung des Sachverhalts von wesentlicher Bedeutung sind (z. B. Fahrgemeinschaft)			
20.	<b>Erklärung</b>  Sobald beurteilt werden kann, dass die als Folge des Dienstunfalls anerkannten Körperschäden zu einer länger als sechs Monate andauernden wesentlichen Minderung der Erwerbsfähigkeit führen, werde ich den KVS hierüber informieren.  Als Verletzter entbinde ich meine Krankenkasse bzw. Krankenversicherung und die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht hinsichtlich Art und Umfang der Verletzungen sowie der Erkrankungen vor dem Unfall, soweit dies für Entscheidungen im Verfahren zum Dienstunfall und zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen erforderlich ist.  Ich kann meine Einwilligung zu der Datenweitergabe ohne Angabe von Gründen verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung oder der Widerruf meiner Einwilligung zur Versagung von Leistungsansprüchen führen kann.  <b>Zusätzliche Erklärung bei Verletzten, die nicht Beamte sind:</b>  Ich trete gesetzliche Schadensersatzansprüche, die mir infolge der Körperverletzung gegen den Schädiger zustehen, insoweit an den KVS ab, als dieser während einer auf der Körperverletzung beruhenden Aufhebung der Dienstfähigkeit oder infolge der Körperverletzung zur Gewährung von Leistungen verpflichtet ist. Die Abtretung erstreckt sich auch auf gesetzliche Schadenersatzansprüche wegen der Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Heil-, Hilfsmitteln oder Körperersatzstücken sowie auf Erstattungsansprüche; im Übrigen auch auf noch nicht anerkannte oder gerichtlich festgestellte Ansprüche gegen den Schädiger.  Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.  Datum <span style="float: right;">Unterschrift des Verletzten</span>  <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <span style="float: right; margin-right: 20%;"><hr style="width: 20%;"/></span>		

**II. Entscheidung des Dienstherrn bzw. der Rechtsaufsichtsbehörde nach § 50 Abs. 3 SächsBeamtVG i.V.m. § 11 SächsGKV**

		Ja	Nein
1.	Der Unfall wird als Dienstunfall i. S. d. § 33 SächsBeamtVG anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Der Verletzte hat den Dienstunfall vorsätzlich herbeigeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Stempel und Unterschrift der entscheidenden Behörde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anlagen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_