

## Dienstunfallfürsorgestelle

auf dem Dienstweg

### Unfallmeldung für Dienstunfälle von Beamtinnen und Beamten

(von der/dem Geschädigten oder - falls nicht möglich - von einer/einem Dienstvorgesetzten auszufüllen)

Wichtiger Hinweis: Bitte nehmen Sie eine Kopie der Unfallmeldung und der vollständigen ärztlichen Unterlagen dauerhaft zu Ihren privaten Vorgängen, da die Originale eingescannt und anschließend vernichtet werden und auch in digitaler Form nur befristet aufbewahrt werden dürfen.

Geschädigte/r Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

_____	____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____
-------	----------------	----------------	-------------------------------

Straße, Hsnr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: privat \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Angabe der Dienststelle  
(Name, PLZ, Ort)

_____
-------

Bei Abordnung ebenfalls  
Angabe der Dienststelle

_____
-------

Überweisungen bitte auf folgende IBAN vornehmen:

Bankverbindung: D E \_\_\_\_\_

Hiermit zeige ich an, dass ich/die/der Geschädigte einen Unfall erlitten habe/hat

am \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| um \_\_\_\_|\_\_\_\_|:\_\_\_\_| Uhr

Unfallstelle  
(genaue Bezeichnung)

_____
-------

bei folgender dienstlichen Tätigkeit

_____
-------

auf dem Weg von oder zur Dienststelle (Formular „Beilage bei Wegeunfällen und bei Dienstreisen“ ist beizufügen)

Regelmäßiger Weg

_____
-------

Regelmäßige Dienstzeit von \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Abweichende Dienstzeit am Unfalltag von \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Grund \_\_\_\_\_

Am Unfalltag zurückgelegter Weg

regelmäßiger Weg  Familienfahrt  Umweg (z.B. Kindergarten, Fahrgemeinschaft)

private Unterbrechung des Weges von \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Grund \_\_\_\_\_

während einer Dienstreise im Sinne des § 2 Abs. 1 HRKG  
(Formular „Beilage bei Wegeunfällen und bei Dienstreisen“ ist beizufügen)

von der/dem Dienstvorgesetzten angeordnet und genehmigt mit Verfügung  
vom | | . | | . | | Aktenzeichen |

allgemein gestattet (z.B. durch Stunden-/Dienstplan)

bei der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung (z.B. Dienstsport/Aus- und Fortbildung u.a.)

Art und Ort

Genehmigung der Veranstaltung ist beigefügt

Teilnahmebestätigung ist beigefügt

Der Unfall wurde erstmals angezeigt am | | . | | . | | der/dem (Personalien, Dienststelle)

Ausführliche Schilderung  
des Unfallhergangs:  
(ggf. auf gesondertem Blatt)

Zeugen sind vorhanden  nein ja, und zwar (Personalien angeben)

**Der Unfall wurde verursacht**  von mir oder von

Name, Anschrift der Schädigerin/des Schädigers

Name, Anschrift von deren/dessen Haftpflicht-/Kfz-Versicherung

Versicherungs-Nr.

Schaden-Nr.

Der Unfall wurde polizeilich aufgenommen

nein ja, von Dienststelle

Aktenzeichen

Unfallfolgen (Angaben der/des Geschädigten mit genauer Bezeichnung, z.B. rechter Oberarm)

**Bei Unfall mit Todesfolge** Zeitpunkt des Todes am | | . | | . | | um | | : | | Uhr

Name, Anschrift der Hinterbliebenen, die Anspruch auf Unfallfürsorge haben

Beginn der ärztlichen Behandlung am | | . | | . | | | | |

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes/des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ärztlicher Befundbericht  ist beigelegt  wird nachgereicht

Krankenhausaufenthalt  nein

ja, vom | | . | | . | | | | | bis | | . | | . | | | | |

Name des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Ich hatte bereits zuvor Dienstunfälle

nein ja, Unfalltag/e \_\_\_\_\_

Art der Verletzung/en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist privater Sachschaden entstanden?

nein  ja

Wird ein Antrag auf Sachschaden gestellt?

nein  Antrag (Vordruck) ist beigelegt  wird nachgereicht

Sind Dienstgegenstände beschädigt worden?

nein  ja

Ich versichere die Richtigkeit der Unfallschilderung und den Zusammenhang der aufgeführten Körperschäden mit diesem Unfall. Ich bin damit einverstanden, dass die Entscheidungsbehörde und die Gutachter die für die Feststellung notwendigen Auskünfte über mich zu den Unfallfolgen (z. B. Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) bei Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten und Behörden einholen. Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung ist nur zu streichen, wenn eine/ein Vorgesetzte/r die Unfallmeldung ausfüllt.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Geschädigten oder der/des Dienstvorgesetzten

\_\_\_\_\_

### Wichtige Hinweise

**Änderungen bei Anschrift, Bankverbindung oder Dienststelle/Abordnung sind zwingend (formlos) mitzuteilen**

Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf können einige Mitarbeiter/innen ihre Arbeitsleistung teilweise zu Hause und teilweise in der Dienststelle erbringen (sog. alternierende Telearbeit, vgl. Erlass HMdIS, StaatsAnz. 2009, S. 963 ff.). Datenschutzrechtliche Belange werden auch bei dieser Art der Dienstleistung strengstens gewahrt. Sollten Sie dennoch eine Bearbeitung Ihrer Angelegenheit ausschließlich in der Dienststelle wünschen, so können Sie der Bearbeitung am häuslichen Arbeitsplatz widersprechen.

### ERKLÄRUNG

Ich widerspreche der Bearbeitung meines Antrags am häuslichen Arbeitsplatz.

**Datenschutzrechtliche Hinweise über die Erhebung personenbezogener Daten (Art. 13 der Datenschutzgrundverordnung —DSGVO—) im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihrer Dienstunfall- und Sachschadensersatzangelegenheiten gemäß den Vorschriften des Hessischen Beamtenversorgungsgesetzes**

- Der Verantwortliche für die Erhebung der personenbezogenen Daten ist das Land Hessen, hier vertreten durch das Regierungspräsidium Kassel, Am Alten Stadtschloss 1, 34117 Kassel. E-Mail: [Poststelle@rpks.hessen.de](mailto:Poststelle@rpks.hessen.de); Telefon: 0561 106-0; Telefax: 0561 106-1611.
- Die behördliche Datenschutzbeauftragte/den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Regierungspräsidiums Kassel erreichen Sie unter der o.g. Anschrift, z.Hd. Datenschutzbeauftragte/r des Regierungspräsidiums Kassel.
- Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihrer Dienstunfall- und Sachschadensersatzangelegenheiten gemäß §§ 35 ff. Hessisches Beamtenversorgungsgesetz (HBeamtVG) bzw. § 81 Hessisches Beamtengesetz (HBG) erhoben.
- Sollten medizinische Stellungnahmen bzw. Gutachten zur Entscheidungsfindung erforderlich sein, werden personenbezogene Daten an Gutachter/innen, Amtsärzte und Amtsärztinnen bzw. Polizeiärztinnen und Polizeiärzte und ggfs. an ein Hessisches Amt für Versorgung und Soziales, weitergeleitet.
- Ihre Bankdaten werden aus Anlass der Auszahlung der Ihnen zustehenden Dienstunfallfürsorge- und Sachschadensersatzleistungen an das Hessische Competence Center (HCC) weitergeleitet.
- Sollte in Ihrem Fall ein Dritter für den Unfall verantwortlich sein, werden personenbezogene Daten zum Zwecke der Durchführung des Regresses nach § 57 HBG an das Hessische Polizeipräsidium für Technik (HPT) bzw. die Oberfinanzdirektion (OFD) Frankfurt und den Drittschädiger bzw. seine Versicherung weitergeleitet.
- Ihre Daten unterliegen den Aufbewahrungsfristen des § 92 Abs. 3 und Abs. 2 HBG. Danach sind Versorgungsakten fünf Jahre aufzubewahren; im Falle eines möglichen Wiederauflebens des Anspruches, sind die Unterlagen 30 Jahre aufzubewahren. Die Frist beginnt mit Ablauf des Jahres, in dem die letzte Versorgungsleistung gezahlt wurde. Bitte beachten Sie bei der Einreichung von Originalen, dass diese eingescannt und nach Ablauf von drei Monaten vernichtet werden und somit dann nur noch als Ausdruck der elektronischen Akte zur Verfügung stehen.
- Bitte beachten Sie auch, dass Sie zur Angabe der zur Bearbeitung Ihrer Dienstunfall- und Sachschadensersatzangelegenheit notwendigen Daten rechtlich verpflichtet sind. Ohne die erforderlichen Daten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.
- Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:  
Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu. Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Hessischen Datenschutzbeauftragten, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden oder per E-Mail: [Poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:Poststelle@datenschutz.hessen.de) oder telefonisch: 0611 1408-0.