

Angaben über den Unfall

_____ Datum des Unfalls

_____ Uhrzeit des Unfalls

Der Unfall ereignete sich

im Schulgebäude / auf dem Schulgrundstück

auf dem regelmäßigen Weg von
und zur Dienststelle

auf einer Dienstreise
(Genehmigung beifügen)

während einer dienstlichen Veranstaltung
(Genehmigung beifügen)

Beginn und Ende des normalen Schuldienstes am Unfalltag

_____ Beginn

_____ Ende

Genauere Bezeichnung der Unfallstelle

(Bei Unfall außerhalb des Dienstgebäudes: Unfallort mit PLZ, Straßennamen, etc. angeben)

Ursache und Hergang des Unfalls (ggf. kurze Schilderung auf einem gesonderten Blatt)

Sofern vorhanden:

Name des/ der Zeugen (Formular „Zeugenaussage über einen Dienstunfall“ beifügen)

_____ Name des 1. Zeugen

_____ Vorname des 1. Zeugen

_____ Name des 2. Zeugen

_____ Vorname des 2. Zeugen

Folgen des Unfalls

Art der erlittenen Verletzungen

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? am _____

Ist bzw. war eine Krankenhausbehandlung erforderlich?

Nein

Ja

Name des Krankenhauses

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Behandlung vom: _____ bis: _____

Ab wann und für welchen Zeitraum besteht eine Dienstunfähigkeit?

(Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen)

Dienstunfähig vom: _____ bis: _____

Bestand vor dem Unfall eine körperliche oder sonstige Beeinträchtigung der körperlichen Verfassung?

Nein

Ja Bitte die Beeinträchtigung angeben.

Bestand vor dem Unfall eine Erwerbsminderung? (keine Schwerbehinderung)

Nein

Ja und zwar _____ %

HINWEISE:

1. Die Unfallfürsorgestelle bekommt alle vom Rechnungssteller ausgefertigten Exemplare einer Rechnung, das heißt **Originale** und vorhandene Zweitschriften/Duplikate/Kopien. Diese sind mit dem Vordruck „Antrag auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen“ einzureichen.
2. Ihnen stehen neben den Unfallfürsorgeleistungen, im Falle der Anerkennung des Unfalls als Dienstunfall, **keine Beihilfe oder Versicherungsleistungen** zu, denn die Unfallfürsorge erstattet die Rechnungen, die den Unfall betreffen, entsprechend der rechtlichen Regelungen zu 100%.
3. Gemäß § 611 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.
4. Aufwendungen für physiotherapeutische Behandlungen und Heilpraktiker können nur im Rahmen von geltenden Höchstsätzen erstattet werden. Höchstsätze gelten auch für die Aufwendungen von Osteopathen.
5. Sofern eine Privatklinik aufgesucht wird, die nicht die Bundespflegesatzverordnung anwendet, sind nur die vergleichbaren Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Behandlung in einer Krankenanstalt angefallen wären, die 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.

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

Ort

Datum

Unterschrift

Anlage 1: Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung eines Dienstunfalls

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schule			
Schulform			
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Sekundarschule	<input type="checkbox"/> Laborschule	
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule	<input type="checkbox"/> Berufskolleg	<input type="checkbox"/> Schule für Kranke	
<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Oberstufenkolleg	
<input type="checkbox"/> Weiterbildungskolleg	<input type="checkbox"/> Primusschule	<input type="checkbox"/> ZfsI BI/ DT/ PB/ MI	

Untersuchungsbefund der Ärztin/ des Arztes:

1. Bezeichnung des unfallbedingten Körperschadens (gesicherte Diagnose):

2. Besteht Dienstunfähigkeit:

nein ja, bis

3. Wird eine Nachuntersuchung vorgeschlagen:

nein ja, wann

Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel der Ärztin/ des Arztes

Anlage 2: Dienstantrittserklärung

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schule			
Aktenzeichen:			

**Bezirksregierung Detmold
Dezernat 47.DU
Leopoldstr. 15
32756 Detmold**

Gesehen und weitergereicht

Schulstempel / ggf. Stempel vom Schulamt

auf dem Dienstweg

Dienstliche Erklärung

1. Aufgrund meines Dienstunfalls vom _____ war ich in der Zeit vom _____ bis zum _____ aufgrund ärztlicher Bescheinigung dienstunfähig erkrankt.
2. Ich habe am _____ meinen Dienst wieder angetreten.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift