

**UNFALLANZEIGE gemäß § 51 Bremisches Beamtenversorgungsgesetz (BremBeamtVG)**  
 (auf dem Dienstweg vorlegen)

Stand: 03.12.2018

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen		
Name , Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer
Anschrift am Tage des Unfalls: Straße, Haus- Nr., PLZ Wohnort		Telefon dienstlich : privat : e-mail:
Beschäftigungsstelle der oder des Bediensteten	Postfachnummer	
IBAN	BIC	Bankinstitut

**Vom Verletzten auszufüllen oder zur Niederschrift zu geben (im Verhinderungsfalle von der Dienststelle des Verletzten) :**

Ort des Unfalls (Unfallstelle), Datum, Uhrzeit des Unfalls	
Schilderung der Unfallursache und des Unfallherganges (Falls dieser Raum nicht ausreicht, bitte besonderen Bogen verwenden)	
Unfallbeteiligte (Name, Anschrift)	
1.	_____
2.	_____
Unfallzeuginnen oder Unfallzeugen (Name, Anschrift)	
1.	_____
2.	_____
Wurde der Unfall von einer Polizeidienststelle aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Genauere Bezeichnung und Anschrift sowie Aktenzeichen der Polizeidienststelle	
Der Vorgang wird geführt bei der Staatsanwaltschaft in (Ort, Aktenzeichen)	
Ist eine Rechtsanwältin oder Rechtsanwalt mit der Interessenvertretung beauftragt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name und Anschrift der Rechtsanwältin oder des Anwalts :	
Sind Körperschäden als Unfallfolge eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art und Umfang der Körperschäden ( <b>ärztlicher Behandlungsbericht/Durchgangsarztbericht ist beizufügen</b> )	
Wann wurde nach dem Unfall eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht?	Datum :
Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes	

Besteht oder bestand im Zusammenhang mit dem Unfall Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit von/bis	Eine Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> wurde bereits vorgelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stationäre Behandlung von / bis	Name des Krankenhauses
Ist der Unfall ganz oder teilweise durch Verschulden anderer Personen herbeigeführt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zweifelhaft	
Falls ja oder zweifelhaft	Name, Anschrift dieser Personen (bei Verkehrsunfällen Fahrerin oder Fahrer bzw., Halterin oder Halter des KFZ, Kennzeichen, <b>Versicherung und Versicherungsnummer angeben</b> )
Der Unfall ereignete sich <input type="checkbox"/> in der Dienststätte <input type="checkbox"/> während der Arbeitszeit <input type="checkbox"/> außerhalb der Dienststätte (bei Lehrkräften während des stundenplanmäßigen Unterrichts)	
<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung außerhalb der Dienststätte (Art, Ort und Zeit der Veranstaltung angeben)	
<input type="checkbox"/> auf dem Wege von oder zu der Dienststätte oder dienstlichen Veranstaltung (Ort und Zeit angeben und kürzesten Weg beschreiben)	
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise (Ort, Art des Dienstgeschäfts, Zeitdauer, Beschreibung des kürzesten Weges)	
<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit einer Nebentätigkeit (Erläuterung der Nebentätigkeit, ggf. Datum und Az. der Genehmigungsverfügung angeben)	
Frühere Dienstunfälle <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Erklärung:</b> Zur Feststellung/Klärung der unfallbedingt erlittenen Körperschäden und ggf. Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem Eigenbetrieb des Landes Bremen Performa Nord, Schillerstraße 1, 28195 Bremen, entsprechende Auskünfte erteilt werden und entbinde insoweit alle mich behandelnden Ärzte, Versicherungen etc. von der ärztlichen Schweigepflicht.	
Ort, Datum	Unterschrift
<hr/> <b>Der Unfallanzeige sind beizufügen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Feststellungen des/der Dienstvorgesetzten zu der Unfallanzeige (Dienstunfall-Verhandlung)</b></li> <li>• <b>Ärztlicher Behandlungsbericht/Durchgangsarztbericht</b></li> </ul>	