

Dienststelle
Straße Hausnummer
PLZ, Ort

Anzeige Personenschäden

(Schädigung durch Dritte)

- Dienstunfall / Arbeitsunfall
- Freizeitunfall
- Sonstige Schädigung

Dienstleistungszentrum Personal
des Landes Schleswig-Holstein
- Beihilfe -
Speckenbeker Weg 133
24113 Kiel

Personal-/Versorgungsnummer

Angaben zur geschädigten Person

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> siehe oben	Geburtsdatum
Anschrift	<input type="checkbox"/> siehe oben	Familienstand
Telefon-Nummer (privat)	Telefon-Nummer (dienstlich)	
Krankenkasse/-versicherung (Name und Anschrift)		

Schadensgeschehen

Datum	Uhrzeit	Wegeunfall?	Bei Nebentätigkeit/Ehrenamt?
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort / Unfallstelle (bitte genau bezeichnen!)			
Ausführliche Schilderung des Schadensherganges (was, wie, warum, wobei, unter welchen Umständen, ...). Bitte erforderlichenfalls gesondertes Blatt verwenden und / oder eine detaillierte (Unfall-)Skizze und Fotos beifügen!			

Polizeiliche Unfallaufnahme? Strafantrag? Antrag nach Opferentschädigungsgesetz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	→ Bitte nachfolgend Angaben zur Dienststelle <input type="checkbox"/> vorbehalten <input type="checkbox"/> noch nicht gestellt
Dienststelle		Aktenzeichen	
Anschrift			
Zeugen (Namen, Anschriften) <i>vorhandene schriftliche Aussagen bitte als Anlage beifügen</i>			
Wurde eine Anwältin/ein Anwalt beauftragt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		
Name		Aktenzeichen	
Anschrift			

Verletzungsfolgen

Art und Umfang der Verletzung(en) <i>Bitte Arztberichte/-Gutachten beifügen bzw. jederzeit nachreichen, sobald vorliegend</i>			
Erfolgte ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär im Krankenhaus
Behandlungsende?	<input type="checkbox"/> nicht absehbar <input type="checkbox"/> demnächst <input type="checkbox"/> letzte Behandlung am:		
Spätfolgen/Dauerschaden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> noch unbekannt		
Ist die/der Verletzte gestorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		
Dienstunfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am / vom		bis

Haftung

Name und Anschrift der Schädigerin/des Schädigers beziehungsweise der/des Haftpflichtigen	
Name und Anschrift gesetzlicher Vertreter	Geburtsdatum (bei Minderjährigen)
Name und Anschrift des Haftpflichtversicherers	Versicherungsscheinnummer
	Schadennummer

Bei Kfz-Unfällen: Angaben zum unfallbeteiligten Fremdfahrzeug			
Kennzeichen		Fahrzeugart/Marke	
Name und Anschrift der Fahrerin/des Fahrers		Name und Anschrift der Halterin/des Halters	

Die Zuleitung der Schadensunterlagen (fortgezählte Bezüge, Entgeltfortzahlung, Heilbehandlungskosten)	
<input type="checkbox"/> ist veranlasst	<input type="checkbox"/> wird veranlasst

Datum	Unterschrift	Telefon
Unterzeichnerin/Unterzeichner ist	<input type="checkbox"/> Leiterin/Leiter der Dienststelle <input type="checkbox"/> Beauftragte/Beauftragter der Dienststelle <input type="checkbox"/> betroffene Beamtin/Beschäftigte/ betroffener Beamter/Beschäftigter	