

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
 Beihilfedienste
 70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Unfallmeldung

Bei mehreren verletzten Personen oder mehreren Unfallgegnern ergänzen Sie bitte die notwendigen Daten am Formularende im Bereich „weitere Beteiligte“.

Persönliche Daten der verletzten Person

Vorname
 Name
 Geburtsdatum
 Straße, Hausnummer
 PLZ, Ort

Angaben zum Unfallzeitpunkt

Datum:

Uhrzeit:

Angaben zur Verletzung

Körperteil und Art der Verletzung (z. B. Bisswunde am Bein, Prellung des Handgelenks o.ä.)

Die Verletzung ist Folge einer Erkrankung

Ja

Nein

Angaben zur Unfallart:

Meines Erachtens ist das Ereignis einzuordnen als (*auch Hin- und Rückweg)

Unfall während der Dienst-/Arbeitszeit	Verkehrsunfall (außerdienstlich)
Unfall während einer entgeltlichen Nebentätigkeit	Unfall während der Anwesenheit einer (ambulanten) Pflegekraft
Unfall während einer ehrenamtlichen Tätigkeit	Unfall während Sport und Spiel (außerhalb Dienst- bzw. Schulsport)
Unfall während einer landwirtschaftlichen Tätigkeit	Unfall während einer Hilfeleistung (Gefälligkeitshilfe, Selbsthilfe beim Eigenheimbau)
Unfall durch Bodenglätte	Schlägerei, Überfall, Angriff
Unfall während des Besuchs des Kindergartens, der Schule, Hochschule *	Sonstiger Unfall
Unfall durch Tiere	

Wurde der Unfall dem Dienstherrn, einer Berufsgenossenschaft oder einer gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet?

Ja

Aktenzeichen

Nein

Name des Versicherungsträgers

Angaben zur Unfallstelle

z. B. Straße, Hausnummer, PLZ, Ort,
Stockwerk, Außenbereich, Bundesau-
tobahn (Kilometerstein), öffentliches
Verkehrsmittel, Treppe o.ä.

Beschreibung des Unfallhergangs

Kurze Darstellung der zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Tätigkeit, des Unfallhergangs und der Unfallursache

Angaben über ärztliche Leistungen

Ich habe bereits Aufwendungen bei der
Beihilfe geltend gemacht, die mit dem
Unfall in Zusammenhang stehen.

Ja

Nein

Die Unfallbehandlung ist zwischenzeitlich
abgeschlossen.

Ja

am _____

Nein

Ambulante ärztliche Behandlung
Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Stationäre Behandlung
Name und Anschrift des Krankenhauses

Krankentransport
Name und Anschrift des Transportunternehmens

Arznei- und Verbandmittel
Name des Arznei-/Verbandmittels und
Name und Anschrift der Apotheke

Angaben zum Unfallgegner

Vorname und Name

Anschrift

**Angaben zur Haftpflichtversicherung
des Unfallgegners**

Name

Anschrift

Versicherungs- oder
Schaden-Nr.

Ergänzende Angaben

Bei mehreren verletzten Personen oder mehreren Unfallgegnern ergänzen Sie bitte die notwendigen Daten am Formularende im Bereich „weitere Beteiligte“.

Der Unfall wurde von der Polizei aufgenommen.

Ja

Nein

Dienststelle und
AnschriftTagebuch-Nr.

Angaben zu Zeugen

Vorname und Name

Anschrift

Werden Sie anwaltlich vertreten?

Ja

Nein

Name

Anschrift

Angaben bei einem Unfall im Straßenverkehr

Bei mehreren verletzten Personen oder mehreren Unfallgegnern ergänzen Sie bitte die notwendigen Daten am Formularende im Bereich „weitere Beteiligte“.

Die verletzte Person (beihilfeberechtigte Person)
war wie folgt am Unfall beteiligt

Auto-/Motorradfahrer

Fußgänger

Radfahrer

Insasse oder Beifahrer

Mofa-/Mopedfahrer

Fahrgast öffentliche
Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

Angaben zum eigenen Fahrzeug
und dessen Nutzer.Name des
Fahrers/Halters

Anschrift

Kfz- Kennzeichen

Der Unfallgegner war wie folgt am
Unfall beteiligt

Auto-/Motorradfahrer

Fußgänger

Radfahrer

Insasse oder Beifahrer

Mofa-/Mopedfahrer

Fahrgast öffentliche
Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners
und dessen NutzerName des
Fahrers/Halters

Anschrift

Kfz- Kennzeichen

Weitere beteiligte Personen

Folgende Personen waren am Unfall beteiligt (z.B. weiterer Unfallgegner oder Zeuge).

Sonstige Angaben

Diesen Platz haben wir für Sie reserviert. Hier können Sie z.B. eine Unfallskizze anfertigen oder Angaben machen, welche aus Ihrer Sicht wichtig für die Bearbeitung des Schadensfalles sind.

Hinweis bei Regressansprüchen: Sollte Ihnen vom Schadenverursacher eine vergleichsweise Regelung angeboten werden, verzichten Sie bitte nicht auf Ihre Ansprüche ohne Rückfrage bei uns.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Beihilfeberechtigte/r bzw. Bevollmächtigte/r