

Absender

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

## Unfallmeldung bei Pflegebedürftigkeit

### Persönliche Daten der verletzten Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

### Angaben zum Unfallzeitpunkt

Datum

Uhrzeit

### Angaben zur Verletzung

Körperteil und Art der Verletzung (z. B. Oberschenkelhalsbruch, Gehirnerschütterung o.ä.)

### Angaben zur Unfallstelle

(Patientenzimmer, Bad, Toilette, Gemeinschaftsraum usw.)

### Beschreibung des Unfallhergangs

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

### Ich kann keine Angaben zum Unfallhergang machen:

Ich habe das Sturzprotokoll beigefügt

Ja

Nein

Ich werde das Sturzprotokoll anfordern und Ihnen zukommen lassen

Ja

Nein

---

**Angaben zum Pflegeheim**

Name   
Anschrift

---

**Angaben zur Haftpflichtversicherung des Pflegeheims**

Name   
Anschrift   
Versicherungs-  
oder Schaden-Nr.

---

**Weitere Angaben**

War zum Schadenszeitpunkt Pflegepersonal anwesend? Ja  Nein

---

Der Schaden ereignete sich bei folgender Pflegeverrichtung  
(z.B. Transfer, Waschen, Umsetzen usw.)

Angaben zu Zeugen  
(z.B. anwesendes Pflegepersonal, Zimmernachbar\*in)

Vorname und Name   
Anschrift

---

Wurden bereits vor dem Schadensereignis unfallverhütende Maßnahmen getroffen? Ja  Nein

Art der unfallverhütenden Maßnahme  
(z.B. Tragen von Sturzprotektoren, Anbringen eines Bettgitters, Fixierungen)

**Angaben über ärztliche Leistungen**

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

---

Die Unfallbehandlung ist zwischenzeitlich abgeschlossen. Ja , am \_\_\_\_\_, Nein

---

**Sonstige Angaben**

Diesen Platz haben wir für Sie reserviert. Hier können Sie 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 Rücksprache mit uns.

---

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beihilfeberechtigte Person  
bzw. bevollmächtigte Person