

# Unfallmeldung

Eingangsstempel

**Teil I** (von der oder dem Verletzten auszufüllen oder zur Niederschrift zu geben, im Falle des Todes von der oder dem unmittelbaren Dienstvorgesetzten auszufertigen)

## A Angaben zur verletzten oder getöteten Person:

Dienst-/Amtsbez.:	
Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Behörde/Dienststelle:	
Heilfürsorge/Beihilfe:	<input type="checkbox"/> Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Beihilfe
Personalkennziffer:	

## B Angaben zum Unfall

1 Ort mit PLZ, Straße, Datum, Uhrzeit des Unfalls:

Ort:	
Datum:	
Uhrzeit:	

2 a) Der Unfall ereignete sich in Ausübung bzw. infolge nachstehend beschriebener dienstlicher Tätigkeit:

---



---



---

b) Die dienstliche Tätigkeit war  schriftlich  mündlich angeordnet durch:

---

3 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (wie, unter welchen Umständen ist der [Körper-]Schaden entstanden, Angabe der beteiligten Maschinen und Geräte):

(Wenn eine Krankheit als Dienstupfall gelten soll: auf welche Umstände wird die Erkrankung zurückgeführt?)

---



---



---



---



---

4 Eintretener Körperschaden:

---



---

5 Zeuginnen und Zeugen des Unfalls (Die Benannten haben die getätigten Angaben zu bestätigen.):

Lfd. Nr.	Name, Vorname, Dienst-/Amtsbezeichnung (ggf. Kontaktdaten in Anlage beifügen)	Die unter B 1 bis B 3 gemachten Angaben werden bestätigt (Unterschrift).

- 6 Die erste ärztliche Untersuchung (ggf. Behandlung) wurde durch eine Durchgangsarztin, einen Durchgangsarzt oder ein Krankenhaus durchgeführt am \_\_\_\_\_ von (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_
- 7 Haben am Unfallgeschehen Beteiligte zur Entstehung des Unfalls mit beigetragen? Wenn ja, wer (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum) und wodurch? \_\_\_\_\_
- 8 Können für den Unfall Dritte haftbar gemacht werden? Wenn ja, wer (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)? \_\_\_\_\_

**Hinweis: Bei Bejahung der Frage B 7 oder B 8 bitte Ergänzungsformular zur Unfallmeldung (U 1) BPOL 400 021a zusätzlich ausfüllen!**

9a Wann wurde der Dienst/die Arbeit eingestellt?

Sofort.  Später, am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

Nicht eingestellt  Dienst/Arbeit am Unfalltag nicht mehr angetreten oder war bereits beendet (Wegeunfall).

9b Wann wurde der Dienst/die Arbeit wieder aufgenommen? Am \_\_\_\_\_.

10 Ich entbinde im Zusammenhang mit meinem erlittenen Unfall und im Hinblick auf die Unfalluntersuchung nach § 45 Abs. 3 Beamtenversorgungsgesetz die mich behandelnden und/oder begutachtenden Ärzte/Ärztinnen, das Personal medizinischer und physiotherapeutischer Einrichtungen, die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Krankenkasse/Krankenversicherung, die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der für Behindertenangelegenheiten zuständigen Ämter (z. B. Versorgungsämter, Landschaftsverbände, u. a.), sowie die Beihilfestelle von Ihrer Schweigepflicht, gegenüber der Dienstunfallfürsorgestelle, soweit dies zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit erforderlich ist (einschließlich Vorerkrankungen an dem verletzten Körperteil); gegenüber allen mich im Rahmen von angeordneten amts-, vertrauens- und sonstigen ärztlichen Untersuchungen behandelnden Ärzten und medizinischen Einrichtungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die bei der vorgenannten Dienstunfallfürsorgestelle geführten Dienstunfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den beizuziehenden Gutachtern bzw. Sachverständigen bekannt gegeben werden.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

Hinweis:

Von dieser Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht wird die Dienstunfallfürsorgestelle nur Gebrauch machen, wenn dies zur Aufklärung des Sachverhalts bzw. für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zwingend erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der oder des Verletzten;  
im Falle des Todes der oder des letzten Dienstvorgesetzten

Raum für Ergänzungen und Zusätze zu B 2 bis B 8:

---

**Teil II**

---

Behörde/Dienststelle

---

Ort, Datum**Zu den Angaben der oder des Verletzten (Erkrankten) bemerke ich Folgendes:**

---

Name und Amtsbezeichnung der oder des unmittelbaren  
Dienstvorgesetzten der oder des Verletzten

---

**Teil III**

---

Behörde/Dienststelle

---

Ort, Datum**Urschriftlich gegen Rückgabe**

an die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt in der Bundespolizei \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_

mit der Bitte um Angabe der Art der Verletzung (oder Krankheit) und um Stellungnahme,

1. ob der angegebene Körperschaden nach dem ärztlichen Befund zweifelsfrei die Folge des Unfalls ist,
2. ob wegen ggf. bleibender Folgen oder Verneinung der Frage zu 1. oder aus anderen Gründen die Durchführung einer förmlichen Untersuchung für angezeigt gehalten wird. In diesem Fall bitte ich um gutachtliche Stellungnahme auf Formblatt U 2.

---

**Teil IV**

---

Briefstempel der Ärztin oder des Arztes der Bundespolizei

---

Ort, Datum**Urschrift**

An einsendende Person oder Dienstunfallfürsorgestelle Bundespolizei zurück

Art der Verletzung oder Krankheit nach der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung:

Stellungnahme zu III 1:  ja  nein

Stellungnahme zu III 2:  ja  nein – bleibende Folgen sind nicht zu erwarten  Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) entfällt

Hinweis: Sind bei Unfällen die Verletzungen so geringfügig, dass sie nach kurzer oder in absehbarer Zeit durch ärztliche Behandlung folgenlos behoben sind und eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, so kann die Feststellung der MdE entfallen.

ja – gutachtliche Stellungnahme ist beigelegt

---

Unterschrift und Amtsbezeichnung  
der Ärztin oder des Arztes der Bundespolizei**Verteiler**

Personalakte, Unterordner E  
Ärztliche Aufzeichnungen  
Personalrat