

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Geschäftszeichen – Bitte bei allen Zuschriften angeben!
(vgl. Mitteilung über Ihre Bezüge)

Unfall vom

- Vertrauliche Dienstunfallsache -

Landesamt für Finanzen
Dienststelle Regensburg
Bezugestelle Dienstunfall
Postfach 10 02 07
93002 Regensburg
Nur von dort zu öffnen!

Bitte in Fensterumschlag stecken und verschlossen dem
Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles
beifügen!

Beiblatt zum Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles

I. Hinweise

Abschnitt II bis IV ist von Ihnen selbst, Abschnitt V vom behandelnden Arzt auszufüllen. Das Beiblatt ist aus datenschutzrechtlichen Gründen im verschlossenen Umschlag dem Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles beizufügen.

Bei der Prüfung des Ursachenzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis und dem Körperschaden / den Unfallfolgen sind vorhandene Vorschäden, die das Unfallgeschehen oder die Verletzung selbst beeinflusst haben, zu berücksichtigen. Im Rahmen der Ihnen obliegenden Beweislast sowie Ihrer beamtenrechtlichen Mitwirkungspflicht (Art. 45 Abs. 3 und 4 Satz 1 i.V.m. Art. 10 Bayerisches Beamtenversorgungsgesetz - BayBeamtVG) werden Sie gebeten, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten.

II. Ursachen des Unfalles vom

<p>1. Bestanden jemals vor dem Unfall Verletzungen oder Beschwerden an dem verletzten Körperteil?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und welche (Art und Dauer der ärztliche Behandlung sowie Name und Anschrift der behandelnden Ärzte angeben!)</p>
<p>2. Wurde der Unfall durch a) einen körperinneren Vorgang (z.B. plötzliche Kreislaufschwäche, Übelkeit, Alkohol) oder b) eine vorher bereits bestehende Verletzung, Behinderung (Privat- oder Dienstunfall) mitverursacht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Ausführung zum Vorschaden (Art, Ursache) sowie Name und Anschrift der seinerzeit behandelnden Ärzte</p>
<p>3. Wurde bereits beim Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) eine Fest-stellung über das Vorliegen einer Behinderung beantragt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS):</p> <p style="text-align: center;">Aktenzeichen:</p>
<p>Wurde unter Abschnitt II eine der Fragen mit "ja" beantwortet, so haben Sie die in diesem Zusammenhang stehenden Untersuchungsunterlagen (z.B. Befundberichte, Röntgenbilder) von Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Versicherungen, behandelnden Ärzten und die vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) erlassenen Bescheide dem Landesamt für Finanzen umgehend vorzulegen (Art. 45 Abs. 3 und 4 Satz 1 i.V.m. Art. 10 BayBeamtVG). Das gilt auch für die im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehenden Untersuchungsunterlagen.</p> <p>Ihrer Mitwirkungspflicht können Sie aber auch mit der Unterzeichnung der nachstehenden Erklärung nachkommen. Das Landesamt für Finanzen wird dann für Sie von den in Abschnitt II und III angegebenen Ärzten und Einrichtungen die für die dienstunfallrechtliche Entscheidung erforderlichen Unterlagen anfordern.</p>	

III. Ärztliche Behandlung aus Anlass des Unfalles

1. Erstmalige ärztliche Behandlung:	am:
2. Name und vollständige Anschrift des erstbehandelnden Arztes:	
3. Name und vollständige Anschrift des/der weiterbehandelnden Arztes/ Ärzte:	
4. Name und Anschrift der Krankenversicherung:	
5. Versicherungsnummer:	

IV. Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht / Akteneinsicht

- Die in Abschnitt II und III genannten Ärzte, Krankenanstalten sowie die Krankenversicherung, die Träger der Sozialversicherung und die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes entbinde ich hiermit gegenüber dem polizei- / amtsärztlichen Dienst, den beizuziehenden ärztlichen Gutachtern und dem für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zuständigen Landesamt für Finanzen von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit erforderlich ist (z.B. zur Einholung von Untersuchungsbefunden, Krankengeschichten, Röntgenbildern etc.).
- Ich bin damit einverstanden, dass
 - die beim Landesamt für Finanzen geführten Dienstunfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den beizuziehenden ärztlichen Gutachtern bekannt gegeben und im Rahmen des Regressverfahrens nach Art. 14 BayBG verwendet werden;
 - die beim Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) geführte Schwerbehindertenakte vom Landesamt für Finanzen / dem ärztliche Gutachter eingesehen und im Dienstunfallverfahren für die Feststellung dienstunfallrechtlicher sowie der gesetzlich auf den Freistaat Bayern übergegangenen Ansprüche (z.B. zur Abklärung von Vorschäden oder der Minderung der Erwerbsfähigkeit) verwendet werden kann, soweit dies im konkreten Fall zur Sachbearbeitung erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift des verletzten Beamten / der verletzten Beamtin

V. Befundbericht des behandelnden Arztes

1. Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles für:	
2. Unfall vom:	
3. Befund:	
4. Diagnose:	
5. Erstmalige Vorstellung am:	
6. Besteht (bestand) infolge des Unfalles Dienstunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____
7. Bestehen Anhaltspunkte, dass neben dem Unfallereignis (Abschnitt B Nr. 2 des Antrages auf Anerkennung eines Dienstunfalles) eine Vorschädigung - etwa anlagebedingter, degenerativer, traumatischer Art - an der Entstehung des Körperschadens mitgewirkt hat (Abschnitt II)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. gesondert berechenbare Feststellungen auf Beiblatt unter Einbeziehung des histologischen Befundes, des Operationsberichtes o.ä.

Die Entschädigung für Ihren Befundbericht richtet sich nach § 10 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) und beträgt gemäß Nr. 200 der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG in der Regel 21.- €. Die Entschädigung unterliegt nicht der Umsatzbesteuerung.

Die Entschädigung soll überwiesen werden auf:

IBAN 
Kontoverbindungen in **Deutschland immer 22 Stellen**, sonstige Länder 15 bis max. 34 Stellen

BIC 

Kontoinhaber: _____ Name des Kreditinstituts: _____

Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel