
 Name, Vorname

 Straße

 PLZ, Wohnort

Geschäftszeichen (vgl. Mitteilung über Ihre Bezüge)

Unfall vom: _____

Beiblatt zur Dienstunfalluntersuchung

- Vertrauliche Dienstunfallsache -

An die
 Bezirksfinanzdirektion Ansbach
 Bezügestelle Dienstunfall
 Postfach

Bitte in Fensterumschlag stecken
 und verschlossen der
Dienstunfalluntersuchung
 beifügen!

Nur von dort zu öffnen!

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** der Dienstunfalluntersuchung 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. 119 Abs. 4 Bayerisches Beamtenengesetz - BayBG) werden Sie gebeten, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten.

II. Ursachen des Unfalles vom

1. Bestanden jemals vor dem Unfall Verletzungen oder Beschwerden an dem verletzten Körperteil?	<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!)
2. Wurde der Unfall durch a) einen körperinneren Vorgang (z.B. plötzliche Kreislaufschwäche, Übelkeit, Alkohol) <i>oder</i> b) eine vorher bereits bestehende Verletzung, Behinderung (Privat- oder Dienstunfall) mitverursacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nähere Ausführung zum Vorschaden (Art, Ursache) sowie Name und Anschrift der seinerzeit behandelnden Ärzte
3. Wurde bereits beim Amt für Versorgung und Familienförderung eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Amt für Versorgung und Familienförderung:
Aktenzeichen: _____	

Faltmarke

Lochmarke

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 Amt für Versorgung und Familienförderung erlassenen Bescheide der Bezirksfinanzdirektion umgehend vorzulegen (Art. 119 Abs. 4 BayBG). Das gilt auch für die im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehenden Untersuchungsunterlagen.

Ihrer Mitwirkungspflicht können Sie aber auch mit der Unterzeichnung der nachstehenden Erklärung nachkommen. Die Bezirksfinanzdirektion wird dann für Sie von den in Abschnitt II und III angegebenen Ärzten und Einrichtungen die für die dienstunfallrechtliche Entscheidung erforderlichen Unterlagen anfordern.

III. Ärztliche Behandlung aus Anlass des Unfalles

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

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 der für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zuständigen Bezirksfinanzdirektion 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 bei der Bezirksfinanzdirektion geführten Dienstunfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den beizuziehenden ärztlichen Gutachtern bekannt gegeben werden;
 - die beim Amt für Versorgung und Familienförderung geführte Schwerbehindertenakte von der Bezirksfinanzdirektion / 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 der verletzten Beamtin/des verletzten Beamten

V. Befundbericht des behandelnden Arztes

1. Dienstunfalluntersuchung 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 der Dienstunfalluntersuchung) 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 § 2 des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG). Nach Nr. 3 der Anlage zu § 5 ZSEG erhalten Sie für den Befundbericht eine Entschädigung von 15 €. Sollte Ihre Stellungnahme zu Abschnitt V Nr. 7 des Vordrucks eine außergewöhnlich umfangreiche Tätigkeit erfordern, erhalten Sie bis zu 35 €. Die Entschädigung unterliegt nicht der Umsatzbesteuerung.

Die Entschädigung soll überwiesen werden auf:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____

Name des Kreditinstituts: _____

Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel