

Anschrift der anerkennenden Behörde  
An

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen  und/oder ausfüllen

### I. Unfallmeldung für Dienstunfälle von Beamtinnen und Beamten

(von der/dem Verletzten oder – falls nicht möglich – von einer/einem Dienstvorgesetzten auszufüllen)

**Bitte auf dem Dienstweg vorlegen!**

**Wichtiger Hinweis:** Bitte nehmen Sie eine Kopie der Unfallmeldung und der vollständigen ärztlichen Unterlagen dauerhaft zu Ihren privaten Vorgängen, da die Originale in den Personalakten bei den zuständigen Dienststellen nur befristet aufbewahrt werden dürfen.

Vor- und Familienname der/des Verletzten		Amts- oder Dienstbezeichnung		Personalnummer
Geburtsdatum	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)			<input type="checkbox"/> Hauptwohnung <input type="checkbox"/> Nebenwohnung
E-Mail:				
Telefon mit Vorwahl	dienstlich: privat: mobil:	Stammdienststelle und ggf. Angabe der Dienststelle bei Abordnung		
<b>Ich bitte, Unfallfürsorgeleistungen zu überweisen auf das Konto</b>				
IBAN				
BIC				
Hierdurch zeige ich an, dass ich/die/der Verletzte _____ gegen _____ Uhr am (Wochentag, Datum)				
Genauere Bezeichnung der Unfallstelle:				
<input type="checkbox"/> einen Unfall bei folgender dienstlicher Tätigkeit				
<input type="checkbox"/> einen Unfall auf dem Weg von oder zur Dienststelle (Beilage bei Wegeunfällen ist beizufügen!)	regelmäßiger Weg			
	regelmäßige Dienstzeit (von – bis)		abweichende Dienstzeit am Unfalltag (von – bis)	
	Grund			
	Am Unfalltag zurückgelegter Weg <input type="checkbox"/> regelmäßiger Weg <input type="checkbox"/> Umweg (z. B. Fahrgemeinschaft, Kindergarten) <input type="checkbox"/> Familienfahrt			
<input type="checkbox"/> private Unterbrechung des Weges (von – bis)				
<input type="checkbox"/> Grund der Unterbrechung				
<input type="checkbox"/> einen Unfall bei der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung	Art, Ort, Genehmigung			
<input type="checkbox"/> einen Unfall während <input type="checkbox"/> einer Dienstreise im Sinne des § 2 Abs. 1 HRKG	<input type="checkbox"/> von der/dem Dienstvorgesetzten angeordnet und genehmigt mit Verfügung vom _____ Aktenzeichen _____			
	<input type="checkbox"/> allgemein gestattet (z. B. durch Stunden-, Dienstplan usw.)			

<input type="checkbox"/> einen Unfall bei der Durchführung des Heilverfahrens	
erlitten habe/hat	
<input type="checkbox"/> Der Unfall wurde erstmals  am _____ angezeigt	<input type="checkbox"/> der Dienststelle <input type="checkbox"/> der/dem (Personalien)
Der Hergang des Unfalls stellt sich wie folgt dar (ggf. auf besonderem Blatt):    	
Eine Handskizze ist <input type="checkbox"/> angefertigt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich, weil	
Unfallzeugen sind vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, aber von dem Unfall hat erstmals Kenntnis erhalten (Personalien angeben): <input type="checkbox"/> ja, und zwar (Personalien angeben):	
Der Unfall wurde verursacht von <input type="checkbox"/> mir	<b>Name, Anschrift der Unfallverursacherin/des Unfallverursachers</b> von <input type="checkbox"/>
Der Unfall wurde polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von	
Unfallfolgen (Angaben der/des Verletzten) – genaue Bezeichnung (z. B. Bruch des rechten Oberarms) -:	Bei Unfällen mit Todesfolgen Zeitpunkt des Todes: Anschrift der Hinterbliebenen, die Anspruch auf Unfallfürsorge haben:
Beginn der ärztlichen Behandlung, Name und Anschrift der behandelnden Ärztin, des behandelten Arztes/ Krankenhauses:	
<b>Ärztliches Attest mit detailliertem Befund</b> <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> ist nicht beigefügt, weil _____ <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anschrift des Krankenhauses vom _____ bis _____
Ist privater Sachschaden entstanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Gegenstände wurden beschädigt, zerstört oder sind in Verlust geraten (Kaufpreis, Beschaffungsjahr, Art und Ausmaß der Beschädigung):	
Wird ein Antrag auf Sachschadenersatz gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Antrag (Vordruck 1.126) ist <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

Sind Dienstgegenstände beschädigt worden?

nein  ja, folgende Gegenstände wurden beschädigt, zerstört oder sind in Verlust geraten:

**\*Ich versichere die Richtigkeit der Unfallschilderung und den Zusammenhang der aufgeführten Verletzungen mit diesem Unfall. Ich bin damit einverstanden, dass die Entscheidungsbehörde und die Gutachter die für die Feststellung notwendigen Auskünfte über mich zu den Unfallfolgen (z. B. Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) bei Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten und Behörden einholen.**

**Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht.**

\* Diese Erklärung ist **n u r** zu streichen, wenn eine/ein Vorgesetzte(r) die Unfallmeldung ausfüllt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Verletzten oder der/des (Dienst-) Vorgesetzten

## II. Stellungnahme der Leiterin/des Leiters der beschäftigenden Organisationseinheit

Dienststelle

Aktenzeichen, Geschäftszeichen

Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die/der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat? (z. B. stand er unter Einfluss von Alkohol)

nein  ja, weil

**kann möglicherweise eine Dritte/ein Dritter für den Unfall haftbar gemacht werden?**

nein  ja

Name und Anschrift der Schädigerin/des Schädigers

Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung der Schädigerin/des Schädigers

Versicherungs-Nr.

Schaden-Nr.

Wurde ein Verfahren eingeleitet?

nein  
 ja (Dienststelle u. Aktenzeichen angeben)

Hat sich der Unfall in Ausübung/infolge des Dienstes ereignet  nein  ja  ist zu prüfen

Die Beamtin/der Beamte ist/war unfallbedingt dienstunfähig

nein  
 ja vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ärztliche Bescheinigung ist beigefügt

Bei Wegeunfällen: Wann und wo war der Dienst anzutreten bzw. war er beendet?

Bei Dienstreisen: die Dienstreise war genehmigt  ja  nein  
allgemein gestattet  ja  nein

Hinweise und Anmerkungen:

Hat die oder der Verletzte zuvor schon Unfälle erlitten  nein  ja, Unfallzeitpunkt und -art Dienstunfall  ja  nein

Die Beamtin/der Beamte wurde über die Unfallfürsorge §§ 35 – 53 HBeamtVG belehrt.

Ort, Datum

Unterschrift u. Amtsbezeichnung der/des (Dienst-) Vorgesetzten

### **III. Datenschutzrechtliche Hinweise über die Erhebung personenbezogener Daten (Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung –DS-GVO-) im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihrer Dienstunfall- und Sachschadensersatzangelegenheiten oder beim Übergang von Schadensersatzforderungen auf den Dienstherrn (Legalzessionsangelegenheiten)**

#### **Kontaktdaten des Verantwortlichen**

Verantwortlicher für die Erhebung der personenbezogenen Daten ist das Land Hessen, vertreten durch das Regierungspräsidium Darmstadt, Luisenplatz 2, 64283 Darmstadt, Tel.: 06151-120, Fax: 06151-126347, E-Mail: [Poststelle@rpd.hessen.de](mailto:Poststelle@rpd.hessen.de).

#### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Falls Sie Kontakt zur Datenschutzbeauftragten zum Datenschutzbeauftragten des Regierungspräsidiums Darmstadt aufnehmen möchten, erreichen Sie sie / ihn unter vorgenannten Kontaktdaten und mit E-Mail: [datschutzbeauftragte@rpd.hessen.de](mailto:datschutzbeauftragte@rpd.hessen.de).

#### **Zweck und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Dienstunfall- bzw. Sachschadensersatzangelegenheiten nach §§ 35 ff. des Hessischen Beamtenversorgungsgesetzes (HBeamtVG) und § 81 des Hessischen Beamtenversorgungsgesetzes (HBG) bzw. nach § 57 HBG in Legalzessionsangelegenheiten verarbeitet.

#### **Empfängerinnen oder Empfänger der personenbezogenen Daten**

Sollten medizinische Stellungnahmen bzw. Gutachten zur Entscheidungsfindung erforderlich sein, werden personenbezogene Daten an Gutachterinnen und Gutachter, Amtsärzte und Amtsärztinnen, weitergeleitet.

#### **Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden**

Ihre Daten unterliegen den Aufbewahrungsfristen des § 92 Abs. 1 bis 3 HBG bzw. des Aktenführungserlasses für die Dienststellen des Landes Hessen.

##### Bei Aufbewahrung in der Personalakte:

Unterlagen über Heilverfahren nach § 39 HBeamtVG sind drei Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Bearbeitung des einzelnen Vorgangs abgeschlossen wurde, aufzubewahren.

Unterlagen über Versorgungsangelegenheiten sind fünf Jahre aufzubewahren; die Frist beginnt mit Ablauf des Jahres, in dem die letzte Versorgungsleistung gezahlt wurde. Im Falle eines möglichen Wiederauflebens des Anspruches sind die Unterlagen 30 Jahre aufzubewahren.

##### Bei Aufbewahrung in der Sachakte:

Nach Aktenführungserlass sind die Unterlagen ein Jahr oder zehn Jahre aufzubewahren.

#### **Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten und Folgen einer Nichtbereitstellung**

Bitte beachten Sie, dass Sie zur Angabe der zur Bearbeitung Ihrer Dienstunfall-/

Sachschadensersatzangelegenheit sowie etwaiger Legalzessionsangelegenheiten notwendigen Daten rechtlich verpflichtet sind. Ohne die erforderlichen Daten kann das Verfahren nicht bearbeitet werden.

#### **Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und dem Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG)**

Aufgrund der DS-GVO und dem HDSIG stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Recht auf Auskunft

Sie können nach Art. 15 DS-GVO Auskunft über ihre vom Verantwortlichen verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. Bitte beachten Sie, dass das Auskunftsrecht durch die Vorschriften der § 24 Abs. 2, § 26 Abs. 2 und § 33 HDSIG eingeschränkt wird.

- Recht auf Berichtigung

Sollten die Sie betreffenden Angaben nicht (mehr) zutreffend sein, kann eine Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO verlangt werden. Sollten die Daten unvollständig sein, kann eine Vervollständigung verlangt werden.

- Recht auf Löschung

Unter den Bedingungen des Art. 17 DS-GVO und des § 34 HDSIG können Sie die Löschung ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Im Rahmen der Vorgaben des Art. 18 DS-GVO haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen.

- Recht auf Widerspruch

Nach Art. 21 DS-GVO haben Sie das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu widersprechen.

- Recht auf Beschwerde

Wenn Sie der Auffassung sind, dass durch das Regierungspräsidium Darmstadt bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten datenschutzrechtliche Vorschriften nicht beachtet wurden, können Sie sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Dies ist der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden, Tel. 0611 / 1408-0.