

**Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion
Referat 12 – Schadenregulierungsstelle
Südallee 15 – 19
56068 Koblenz**

**Fragebogen zur Prüfung von Regressansprüchen des Landes nach
§ 98 LBG oder § 6 EntgFG**

- Für Beamte nach § 98 LBG nur für Privatunfälle¹ Verletzung des Mitarbeiters selbst
 Für Angestellte nach § 6 EntgFG Verletzung eines Angehörigen:²
 Für Arbeiter nach § 6 EntgFG
Name, Vorname:
Stellung zum Mitarbeiter:

Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
Dienststelle:
Personalnummer:

1. Wann und wo hat das Ereignis stattgefunden, bei dem Sie oder Ihr Angehöriger verletzt wurden?			
Wann (Datum, Uhrzeit)?			
Wo (Ort, Straße, Hausnummer)?			
Während des Dienstes?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Auf dem Weg von oder zur Dienststelle?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Im privaten Bereich?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bitte schildern Sie den Vorfall bzw. Unfall:	Wie hat er sich ereignet? Worauf führen sie ihn zurück; ggfls. sind auch die witterungsabhängigen Bodenverhältnisse (Eisglätte, war gestreut?) als Ursache aufzuführen. Skizze bitte auf Rückseite oder gesondertem Blatt.		
2. Welche Körperschäden sind durch den Unfall verursacht worden?			
3. Waren Sie infolge des Unfalles dienstunfähig: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bitte fügen Sie Kopien der Arbeits-/ Dienstunfähigkeitsbescheinigungen bei und tragen Sie auch eine erneute unfallbedingte Erkrankung ein	vom vom vom	bis bis bis
4. Haben Sie Folgeschäden erlitten, die nach Beendigung der Dienstunfähigkeit behandelt werden mussten oder befürchtet werden:		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Art des Folgeschadens:			
6. Kommt ein Dritter als Schadenersatzpflichtiger in Betracht?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
		Name, Vorname Anschrift Kfz-Zeichen des Unfallverursachers	

¹ Dieses Formular gilt nicht für Beamte, die einen Dienstunfall erlitten haben. Hierfür ist das Formular „Unfallmeldung“ zu verwenden.
² Gilt nur für Beamte, die Aufwendungen nach der Beihilfeverordnung für Angehörige geltend gemacht haben.

7. Gibt es Zeugen?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name, Vorname Adresse			
8. Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Polizeidienststelle Aktenzeichen			
9. Wurden gegen einen Beteiligten gerichtliche Schritte eingeleitet (Schadenersatz, Strafanzeige, Klage)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Art des Anspruchs Stelle und Aktenzeichen			
10. Besteht eine Haftpflichtversicherung?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Versicherung Anschrift Versicherungsnummer Schadennummer			
11. Hat die Versicherung aus Anlass des Unfalles bereits Versicherungsleistungen erbracht?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Wenn Sie bereits Ansprüche geltend gemacht haben, werden Sie anwaltlich vertreten?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name, Vorname Adresse Aktenzeichen			
13. Bemerkungen:			

Erklärungen:

Abtretungserklärung (nur für Arbeiter, Angestellte)

Bezüglich des in der Unfallmeldung geschilderten Unfalles trete ich gem. § 255 BGB analog die Ansprüche auf Ersatz für finanzielle Leistungen des Arbeitgebers wegen Arbeitsunfähigkeit, die über das nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) geregelte Arbeitsentgelt hinausgehen, an das Land Rheinland-Pfalz ab. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich über diese Schadensersatzansprüche noch nicht anderweitig verfügt habe.

Schlusserklärung (für Arbeiter, Angestellte und Beamte)

Über den Anspruch des Landes auf Schadensersatz gemäß §§ 6 EntgFG, 98 LBG habe ich mit dem Schädiger keinen Vergleich abgeschlossen, keine Abfindung angenommen und keine Verzichtserklärung abgegeben. Es ist mir bekannt, dass ich meine eigenen Ersatzansprüche (Sachschaden, Schmerzensgeld, Anwaltskosten, Leistungsansprüche, usw.) selbst verfolgen muss.

Ort, Datum

Unterschrift