

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle – Dienstunfallfürsorge  
Stauffenbergallee 2  
01099 Dresden

### Dienstunfalluntersuchung gemäß § 50 SächsBeamtVG

#### Hinweise

Unfälle von Beamten, die in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten sind und bei denen ein Körperschaden entstanden ist, sind unbeachtlich ihrer Schwere umgehend den Dienstvorgesetzten zu melden. Für die Unfallmeldung gilt eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten (§ 50 SächsBeamtVG). Der Anspruch auf Unfallfürsorge nach § 32 Abs. 2 Satz 2 BeamtVG ist innerhalb von zwei Jahren vom Tag der Geburt an von den Sorgeberechtigten geltend zu machen. Dienstvorgesetzte haben den Unfall nach dem Bekanntwerden sofort zu untersuchen (§ 50 Abs. 3 Satz 1 SächsBeamtVG). Zu diesem Zweck ist den Verletzten dieser Vordruck zur Unfallmeldung auszuhändigen. Verletzte haben die Abschnitte A bis C auszufüllen. Im Falle einer Verhinderung (z. B. schwere Krankheit) füllen die Dienstvorgesetzten die Vordrucke (ausgenommen Befundbericht des behandelnden Arztes) aus.

Nach Ergänzung des schriftlichen Befundbericht des behandelnden Arztes durch die behandelnden Ärzte haben die Verletzten den ausgefüllten Vordruck in einem verschlossenen Umschlag mit dem Vermerk "Landesamt für Steuern und Finanzen, Dienstunfallfürsorge" den Dienstvorgesetzten vorzulegen.

Die Dienstvorgesetzten beantworten Abschnitt D der Dienstunfalluntersuchung und leiten diese mit dem verschlossenen Umschlag an das Landesamt für Steuern und Finanzen weiter.

Wurde durch den Unfall auch ein Sachschaden verursacht und wird hierfür eine Erstattung beantragt, ist die Anlage 3 (Antrag auf Sachschadenersatz im Rahmen der Dienstunfallfürsorge) vollständig ausgefüllt und ebenfalls mit Stellungnahme der Dienstvorgesetzten im Landesamt für Steuern und Finanzen, Fachgebiet Dienstunfall einzureichen. Dabei gilt ebenfalls eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten (§ 50 SächsBeamtVG).

Werden Beamte bei einem Unfall verletzt oder getötet, so gehen die ihnen gegenüber dem Unfallverursacher zustehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüche insoweit auf den Freistaat Sachsen über, als dieser zu Leistungen verpflichtet ist (§ 90 SächsBG). Davon ausgenommen sind allerdings Schadenersatzansprüche, für die der Dienstherr keine Leistungen gewährt, wie z.B. Anwalts- und Gerichtskosten, Schmerzensgeld. Das bedeutet, dass Beamte solche Ansprüche selbst beim Schädiger oder dessen Versicherung geltend machen können.

Die Daten werden in dem für die Bearbeitung notwendigen Umfang gespeichert und sind Dritten nicht zugänglich.

**A Unfallanzeige des Verletzten (§ 50 Abs. 1 Satz 1 SächsBeamtVG)**  
**– vom Antragsteller auszufüllen –**

**I Angaben zur Person**

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsname oder früherer Name		Geburtsdatum	
Personalnummer		Amtsbezeichnung (oder Tag der Berufung in das Beamtenverhältnis) und Besoldungsgruppe		Telefon (Angabe freiwillig)  dienstlich:  privat	
Anschrift der Familienwohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)				ggf. Anschrift der Unterkunft am oder in der Nähe des Dienstortes (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)	
Bezeichnung/Anschrift der Beschäftigungsdienststelle				ggf. Bezeichnung und Anschrift der auswärtigen Dienst-/Beschäftigungsstelle am Unfalltag	

2. Arbeitszeit

Welche Dienstzeit war am Unfalltag festgelegt? (bei Gleitzeit: Rahmen- und Kerndienstzeit angeben)					
Wöchentliche Arbeitszeit				Stunden:	
Mindestarbeitszeit	von	Uhr	bis	Uhr	Stunden:
Feste Arbeitszeit	von	Uhr	bis	Uhr	
Kerndienstzeit	von	Uhr	bis	Uhr	
Rahmenzeit	von	Uhr	bis	Uhr	
Tatsächliche Arbeitszeit	von	Uhr	bis	Uhr	

### 3. Krankenversicherung und andere Fürsorgeverfahren

<p>Wie sind Sie krankenversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse      <input type="checkbox"/> private Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Polizeibeamten: Anspruch auf Freie Heilfürsorge</p> <p>Bezeichnung und Anschrift der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse:</p>  <p>Versicherungsnummer:</p>
<p>Bei gesetzlicher Krankenversicherung: Haben Sie Leistungen auf Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Wurde bereits eine Feststellung über das Vorliegen einer Schwerbehinderung beantragt?</p> <p>nein      ja, Anschrift der zuständigen Behörde und Aktenzeichen:</p>
<p>Liegen Ihnen dazu Bescheide o. ä. vor, fügen Sie diese bitte in Kopie bei.</p>
<p>War oder ist wegen einer früheren gleichartigen oder ähnlichen Schädigung im Dienst ein Prüfungsverfahren anhängig (z. B. bei der für die Sonderversorgung zuständige Stelle bei Tätigkeiten als Polizist in der DDR, bei einer Berufsgenossenschaft, Unfallkasse o. a.)?</p> <p>nein      ja, Anschrift der zuständigen Behörde und Aktenzeichen:</p>
<p>Liegen Ihnen dazu Bescheide o. ä. vor, fügen Sie diese bitte in Kopie bei.</p>

### 4. Bankverbindung zur Überweisung des erstattungsfähigen Betrages

Kontoinhaber	
IBAN beziehungsweise Kontonummer	
BIC beziehungsweise Bankleitzahl	
Kreditinstitut	

## II Angaben zum Unfallereignis

Datum, Uhrzeit und genauer Ort des Unfalles (Anschrift bzw. präzise Beschreibung der Unfallstelle)

Ausführliche Unfallschilderung. Beschreiben Sie die Art der dienstlichen Verrichtung zum Unfallzeitpunkt sowie Ursachen und Hergang des Unfallereignisses (Bewegungsablauf, äußere Einwirkung) so detailliert wie möglich (gegebenenfalls Skizze oder Beiblatt beifügen).

Wurde anlässlich des Unfalles ein Arzt konsultiert?

nein      ja, Anlage „Schriftlicher Befundbericht des behandelnden Arztes“  
vollständig ausgefüllt einreichen)

Die erstmalige ärztliche Behandlung aufgrund des Unfallereignisses erfolgte am:

Name und vollständige Anschrift des erstbehandelnden Arztes:

und des/der weiterbehandelnden Arztes/Ärzte:

Besteht (bestand) infolge des Unfalles Dienstunfähigkeit?

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

Wurde der Unfall von der Polizei aufgenommen?

Wurden Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaft angestellt?

nein      ja, Ermittlungsbehörde(n) und jeweiliges Aktenzeichen angeben

Gibt es Zeugen für den Unfall?

- nein  ja, Name, Anschrift und Telefonnummer angeben  
(Zeugenaussage ggf. auf einem gesonderten Blatt)

Liegt Fremdverschulden vor?

*Hinweis: Beim Vorliegen von drittverschuldeten Unfällen ist ein entsprechendes Formular zusätzlich auszufüllen. Erfragen Sie dies bitte bei Ihrer personalverwaltenden Stelle.*

- nein  ja: a) Angaben zum Schädiger (ggf. Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer):

b) Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben zu meiner Person sowie die Tatsache, dass für mich Aufwendungen, die in Zusammenhang mit einem durch Dritte verschuldeten Unfall stehen, geltend gemacht werden, zum Zwecke der Prüfung und Geltendmachung eventueller Regressansprüche gegenüber Dritten an die hierfür zuständige Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen, weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Verletzten

### III. Ursachen des Unfalles

Bei der Prüfung des Ursachenzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis und dem Körperschaden/den Unfallfolgen sind Vorschäden, die das Unfallgeschehen oder die Verletzung selbst beeinflusst haben, zu berücksichtigen. Im Rahmen der Ihnen obliegenden Beweislast sowie Ihrer beamtenrechtlichen Mitwirkungspflicht werden Sie gebeten, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Bestanden bereits vor dem Unfall Beschwerden/Erkrankungen oder Verletzungen an dem durch den Unfall verletzten Körperteil?

- nein  ja, wann und welche (Art der Beschwerden und Dauer der ärztliche Behandlung sowie Name und Anschrift der behandelnden Ärzte angeben) – ggf. gesondertes Blatt verwenden.

Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall die Verkehrssicherheit beeinflussende Mittel (z. B. Medikamente, Alkohol, sonstige Drogen) zu sich genommen?

- nein  ja, Art, Menge und Zeit angeben

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) beeinflusst?

nein  ja, nähere Ausführung zu der Erkrankung, dem Vorschaden usw. (Art, Ursache) sowie Name und Anschrift der behandelnden Ärzte – ggf. gesondertes Blatt verwenden.

Wurde unter Abschnitt A III eine der Fragen mit "ja" beantwortet, bitten wir Sie, die in diesem Zusammenhang stehenden Untersuchungsunterlagen (z.B. Befundberichte, Röntgenbilder) von Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Versicherungen, behandelnden Ärzten umgehend vorzulegen. Das gilt auch für die im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehenden Untersuchungsunterlagen.

**B Bei Wegeunfall sowie Dienstreise zusätzlich vom Antragsteller auszufüllen**

<input type="checkbox"/> Weg zur bzw. von der Dienststelle <input type="checkbox"/> Weg zwischen Unterkunft und Familienwohnung <input type="checkbox"/> Weg zur Durchführung eines Heilverfahrens nach § 33 BeamtVG <input type="checkbox"/> sonstiger Weg _____ → Weiter mit Buchst. a)	<input type="checkbox"/> Dienstreise am Dienst- oder Wohnort <input type="checkbox"/> Fortbildungsreise  <i>Bitte jeweils Kopie der Genehmigung mit vorlegen.</i>  → Weiter mit Buchst. b)	
	a)	b)
Abgang/Abfahrt (Zeit und genaue Ortsangabe)	um _____ Uhr von:	um _____ Uhr von:
Zielort (genaue Ortsangabe)	nach:	nach:
Gefahrene Wegstrecke (ggf. Skizze beifügen):		
War dies die...	...verkehrsgünstigste, üblicherweise von Ihnen zurückgelegte Wegstrecke? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	...kürzeste verkehrsübliche bzw. angeordnete Wegstrecke? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Im Falle einer Um- bzw. Abwegstrecke: Befindet sich der Unfallort auf der ...	... verkehrsgünstigsten, üblicherweise von Ihnen zurückgelegten Wegstrecke? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	... kürzesten verkehrsüblichen bzw. angeordneten Wegstrecke? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn nein, aus welchem Grund wurde eine andere Strecke gewählt?	(z.B. Fahrgemeinschaft, Unterbringung des Kindes)	(z.B. Umleitung)
Dauer der Um- bzw. Abwegstrecke:		

Unterbrechung des Weges (z.B. wegen Einkauf, Arztbesuch, Lokalbesuch)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund:
Dauer der Unterbrechung:		
Welches Verkehrsmittel wurde für die Dienstreise angeordnet?	(entfällt)	

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung**

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Dienstunfallfürsorge gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Dienstunfallfürsorge) abrufen. Die/ den behördliche/n Datenschutzbeauftragte/n des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: [Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de)

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der in den Abschnitten A und B gemachten Angaben und die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Hinweise.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/Verletzten

**C. – vom Antragsteller zu unterzeichnen -**

**Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Name, Vorname	geboren am:	Unfalltag:
Anschrift – bitte nochmals angeben		

Das Landesamt für Steuern und Finanzen beabsichtigt, die für die Bearbeitung des Unfallereignisses notwendigen Auskünfte/Unterlagen direkt bei den zu beteiligenden Ärzten/Einrichtungen einzuholen und damit das Dienstunfallverfahren, insbesondere die Kausalitätsprüfung und die Feststellung der Verletzungsfolgen, zu beschleunigen. Soweit erforderlich, wird das Landesamt für Steuern und Finanzen einen Gutachter beauftragen und diesem die ärztlichen Unterlagen zur Verfügung stellen.

**Ich entbinde hiermit alle Ärzte, auch den polizeiärztlichen Dienst, Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger, Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gutachter, Psychotherapeuten, Psychiater und Psychologen gegenüber dem für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zuständigen Landesamt für Steuern und Finanzen und ggf. hinzuzuziehenden ärztlichen Gutachtern von der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem Landesamt für Steuern und Finanzen sowie den vom Landesamt für Steuern und Finanzen beauftragten Gutachtern die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte sowie die Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankheitsgeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, MRT-/CT-/OP-Aufnahmen), Gutachten (insbesondere auch zur Feststellung der Dienstfähigkeit), Unterlagen zur Abklärung von Vorschäden oder der Minderung der Erwerbsfähigkeit, zur Sachaufklärung sowie zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit zur Verfügung gestellt werden.**

Die vorstehende Einwilligung kann verweigert oder beschränkt (z. B. auf einzelne Ärzte, Einrichtungen, Unterlagen) und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dadurch entstehende Beweisschwierigkeiten bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Voraussetzungen können zu Lasten des Beamten gehen.

Die o. g. ärztlichen Unterlagen werden bei Bedarf, soweit für den Schaden des Dienstherrn die Haftung eines Dritten in Betracht kommt, der den Regress bearbeitenden Stelle (Landesamt für Steuern und Finanzen, Rechtsabteilung), zur Geltendmachung der auf den Freistaat Sachsen übergegangenen Ersatzansprüche zur Verfügung gestellt.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Verletzten



**D Untersuchungsergebnis des Dienstvorgesetzten (§ 50 Abs. 3 Satz 1 SächsBeamtVG)**

Name und Bezeichnung des Dienstvorgesetzten sowie Anschrift der Behörde	
Wann wurde der Unfall dem Dienstvorgesetzten erstmals bekannt? am _____ <input type="checkbox"/> durch mündliche Meldung <input type="checkbox"/> durch schriftliche Meldung <input type="checkbox"/> in sonstiger Weise (kurze Bezeichnung)	
Die Angaben in den Abschnitten A (zur Person, zum Dienstverhältnis) und B werden bestätigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Begründung:	
Welche dienstplanmäßigen und weisungsgebunden übertragenen Dienstaufgaben erledigte der Beamte zum Unfallzeitpunkt?	
Handelt es sich bei dem Unfall nach Meinung des Dienstvorgesetzten um einen Dienstunfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Begründung:	
Hat der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Begründung:	
Welche Schäden hat der Unfall verursacht?	
Schadenersatzansprüche - Kann für den Unfall ein Dritter haftbar gemacht werden? <i>Hinweis: Beim Vorliegen von drittverschuldeten Unfällen ist ein entsprechendes Formular zusätzlich auszufüllen.</i> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Name, Anschrift des Dritten:  Ergänzende Angaben:	
Das Untersuchungsergebnis wurde dem Beamten/Richter bzw. den Hinterbliebenen bekannt gegeben.	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Dienstvorgesetzten mit Stempel der Behörde sowie Name und Amtsbezeichnung des Dienstvorgesetzten bitte mit Druckbuchstaben angeben