



<input type="checkbox"/>	<b>1. Angaben zur Person</b>	Aktenzeichen	<input type="text"/>
	Name	<input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
			Geburtsdatum <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>2. Zeitpunkt und Ort des Unfalls</b>		
	2.1 Wann hat sich der Unfall ereignet?	Tag <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>
	2.2 Wo (genaue Ortsangabe)?	<input type="text"/>	
	2.3 An welcher Stelle (Bürgersteig, Fahrdamm usw.)?	<input type="text"/>	
	2.4 Innerhalb oder außerhalb Ihres Wohnhauses?	<input type="text"/>	
	2.5 Innerhalb oder außerhalb einer geschlossenen Ortschaft?	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<b>3. Ausgangspunkt und Ziel</b>		
	3.1 Woher kamen Sie, als der Unfall geschah?	<input type="text"/>	
	3.2 Wohin wollten Sie?	<input type="text"/>	
	3.3 Wann haben Sie Ihre Wohnung verlassen?	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<b>4. Feuerwehrdienst am Unfalltag</b>		
	4.1 Wann hat oder hätte Ihr Feuerwehrdienst am Unfalltag begonnen und geendet?		
	Beginn	<input type="text"/>	Ende <input type="text"/>
	4.2 Wann haben Sie die Arbeitsstätte verlassen?	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<b>5. Der Weg zwischen Wohnung und Ort der Feuerwehrtätigkeit</b>		
	5.1 Welchen Weg nehmen Sie gewöhnlich von der Wohnung zu Ort der Feuerwehrtätigkeit und umgekehrt?		
	Bitte führen Sie die einzelnen Straßen genau auf!	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
	5.2 Wie weit ist dieser Weg in Kilometern?	<input type="text"/>	
	Wie viel Zeit nimmt er in Anspruch (zu Fuß, mit dem Fahrrad, mit dem Auto, mit öffentlichen Verkehrsmitteln)?	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<b>6. Der Weg am Unfalltag</b>		
	6.1 Welchen Weg haben Sie genommen, als sich der Unfall ereignete? Bitte führen Sie die einzelnen Straßen auf!	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
	6.2 War dies ein Umweg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	6.3 Falls ja: Aus welchem Grund sind Sie von dem unmittelbaren Weg zwischen Wohnung und dem Ort der Tätigkeit abgewichen?	<input type="text"/>	
	6.4 Haben Sie Verwandte, Bekannte oder eine Gaststätte besucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wollten Sie dies tun?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	6.5 Welche (Namen, genaue Anschrift)?	<input type="text"/>	
	6.6 Aus welchem Grund?	<input type="text"/>	
	6.7 Wie lange (genaue Uhrzeit) haben Sie sich dort aufgehalten?	Von <input type="text"/> Uhr	bis <input type="text"/> Uhr
	6.8 Haben Sie in dieser Zeit alkoholische Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche?	<input type="text"/>	In welcher Menge? <input type="text"/>
	6.9 Wann ereignete sich der Unfall?	Vor dem Besuch <input type="checkbox"/>	Während des Besuches <input type="checkbox"/>
		Nach dem Besuch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Weitere Angaben zum Unfall**

7.1 Wie haben Sie den Weg zurückgelegt (zu Fuß oder mit welchem Verkehrsmittel)?

7.2 In wessen Begleitung befanden Sie sich? (Name, genaue Anschrift)

7.3 Wer ist bei dem Unfall zuerst hinzugekommen? (Name, genaue Anschrift)

7.4 Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name, genaue Anschrift)

**8. Angaben zur Zeit nach dem Unfall**

8.1 Wohin gelangten Sie nach dem Unfall: Zu welchem Arzt, in welches Krankenhaus oder wohin sonst?

Name, genaue Anschrift

8.2 Wer hat Sie weggeführt oder begleitet?

8.3 In welchem Zustand befanden Sie sich nach dem Unfall?

8.4 Konnten Sie sofort nach dem Unfall stehen oder gehen?

Ja

Nein

8.5 Waren Sie bewusstlos?

Ja

Nein

Wenn ja, wie lange?

8.6 Waren Sie benommen?

Ja

Nein

8.7 Reagierten Sie auf Anruf?

Ja

Nein

8.8 Mussten Sie erbrechen?

Ja

Nein

8.9 Sind polizeiliche oder sonstige Feststellungen (z.B. von Nahverkehrsunternehmen, Versicherungsgesellschaft oder andere) getroffen worden?

Ja

Nein

Name, genaue Anschrift:

Aktenzeichen der betreffenden Stelle:

**9. Unfallursache**

9.1 Ist der Unfall durch einen anderen verursacht worden?

Ja

Nein

Falls ja, durch wen? Name, Anschrift

9.2 Ist der Unfall auf das Verschulden eines Grundstückseigentümers zurückzuführen (Glatteis, schadhafter Weg, Gebäudemängel?)

Ja

Nein

9.3 War die Unfallstelle zur Zeit des Unfalls ausreichend beleuchtet?

Ja

Nein

Wenn ja, durch welche Lichtquellen?

9.4 Wodurch war die Unfallstelle besonders gefährlich (z. B. starkes Gefälle, Kurve, Unübersichtlichkeit)?

9.5 War an der Unfallstelle zur Zeit des Unfalls mit abstumpfenden Mitteln gestreut?

Ja

Nein

War die Straße vom Schnee geräumt?

Ja

Nein

9.6 Hat es unmittelbar vor dem Unfall geregnet oder geschneit?

Ja

Nein

Hat Ihres Wissens Glatteisbildung eingesetzt (z. B. 1 Stunde vor dem Unfall, am Tag vor dem Unfall oder in der Nacht vor dem Unfall)?

Ja

Nein

Falls ja, wann?

9.7 Wen trifft Ihres Wissens die Straßenverkehrssicherungspflicht an der Unfallstelle?

9.8 Welche Verkehrszeichen waren an der Unfallstelle aufgestellt?

9.9 Ist der Unfall durch ein Kraftfahrzeug verursacht worden?

Ja

Nein

Name und Anschrift des Halters?

Name und Anschrift des Fahrers?

Polizeiliches Kennzeichen des Fahrzeuges?

**10. Schadensersatzansprüche**

Ja

Nein

Falls ja, Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Unter welcher Schadennummer bearbeitet die Versicherungsgesellschaft den Schaden?

**11. Arbeitsaufnahme**

Haben Sie die Arbeit wieder aufgenommen?

Ja

Nein

Falls ja, wann?

**12. Unfälle während der Mittagspause**

12.1 Von wann bis wann hatten Sie Mittagspause?

Von

bis

12.2 Wo wollten Sie Ihr Mittagessen einnehmen?

12.3 Wie weit ist dieser Ort von Ihrer Arbeitsstätte entfernt?

12.4 Essen Sie dort regelmäßig?

Ja

Nein

12.5 Haben Sie die Möglichkeit, in der Kantine des Betriebes zu essen?

Ja

Nein

12.6 Bestehen in unmittelbarer Nähe der Arbeitsstätte andere Möglichkeiten, ein Mittagessen einzunehmen?

Ja

Nein

Wo und in welcher Entfernung vom Unternehmen?

12.7 Bestehen mit diesen Gaststätten/Geschäften vertragliche Vereinbarungen?

Ja

Nein

**13. Skizze zum Unfall**

Bitte zeichnen Sie eine Skizze, aus der die Lage der folgenden Punkte ersichtlich ist:

A = Unfallstelle, B = Ausgangspunkt des Weges, C = Ziel des Weges, D = Arbeitsstätte des Versicherten.

Sie können uns auch die Kopie eines Stadtplans oder einer Landkarte übersenden.

Datum:

Unterschrift