

Name, Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Eingangsstempel TLF-B

- Vertrauliche Dienstunfallsache -

Thüringer Landesamt für Finanzen
Referat B 4 - Dienstunfallfürsorge -
Postfach 90 04 51
99107 Erfurt

Personalnummer

Nur von dort zu öffnen!

Beiblatt zur Unfallmeldung für Beamte

I. Hinweise

Abschnitt II bis IV ist von Ihnen selbst, Abschnitt V vom behandelnden Arzt auszufüllen bzw. ein schriftlicher Befund beizufügen. Das Beiblatt ist aus datenschutzrechtlichen Gründen in einem **verschlossenen Umschlag** der Unfallmeldung beizufügen.

Bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs 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 Mitwirkungspflicht werden Sie gebeten, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten.

II. Ursache des Unfalls vom

Bestanden vor dem Unfall bereits Beschwerden am verletzten Körperteil (Angaben zu früheren Verletzungen oder Erkrankungen der verletzten Körperregion)?

Nein. Ja, kurze Schilderung _____
Name, Anschrift der damals behandelnden Ärzte / Krankenhäuser

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

Nein. Ja. (bitte Art und Menge angeben) _____

Wurde der Unfall durch

- a) einen körperinneren Vorgang (z.B. plötzliche Kreislaufschwäche, Übelkeit)
oder
b) eine vorher bereits bestehende Verletzung, Behinderung (Privat- oder Dienstunfall)
mitverursacht?

Nein. Ja, kurze Schilderung _____

III. Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde im Zusammenhang mit meinem o.g. erlittenen Unfall gemäß § 39 Abs. 3 ThürBeamtVG

- die mich behandelnden und / oder begutachtenden Ärztinnen / Ärzte
- den polizeiärztlichen Dienst (Hinweis: nur für Bedienstete der Polizei zutreffend)
- das Personal medizinischer, psychotherapeutischer und physiotherapeutischer Einrichtungen
- die zuständigen Mitarbeiter/innen der Krankenkasse / Krankenversicherung
- die zuständigen Mitarbeiter/innen der gesetzlichen Rentenversicherung
- die zuständigen Mitarbeiter/innen der gesetzlichen und ggf. privaten Unfallversicherung
- die zuständigen Mitarbeiter/innen der für die Behindertenangelegenheiten zuständigen Ämter (z.B. Amt für Soziales u.a.)
- die Beihilfestelle
- die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. Gesundheitsamt)

von ihrer **Schweigepflicht**

- gegenüber der Dienstunfallfürsorgestelle im Thüringer Landesamt für Finanzen, soweit dies zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit zwingend erforderlich ist (einschließlich Vorerkrankungen / vorherigen Verletzungen an dem verletzten Körperteil).
- gegenüber allen mich im Rahmen von angeordneten amts-, vertrauens- und sonstigen ärztlichen Untersuchungen behandelnden Ärztinnen / Ärzten (z.B. Gutachtern) und medizinischen Einrichtungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die bei der Dienstunfallfürsorgestelle im Thüringer Landesamt für Finanzen geführten Dienstunfallunterlagen den beizuziehenden Gutachtern bzw. Sachverständigen zur sachgerechten Bearbeitung bekannt gegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf bzw. die Nichterteilung oder nicht vollständige Erteilung der Schweigepflichtsentbindung können Beweisschwierigkeiten im Prüfungsverfahren entstehen, welche zu Lasten des Beamten oder der Beamtin gehen (Tz. 39.3.1.7 ThürBeamtVG/VV). Dies kann zur Versagung von Unfallfürsorgeleistungen führen.

Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Informationen zum Umgang mit Ihren Daten (Art. 13, 14 DSGVO) im TLF finden Sie im Internet unter www.ds-tlf.thueringen.de

Auf Wunsch übersenden wir Ihnen eine Papierfassung.

IV. Ärztliche Behandlung aus Anlass des Unfalls

Erstmalige ärztliche Behandlung am: _____

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes

Name und Anschrift des / der weiterbehandelnden Arztes / Ärzte

Name und Versicherungsnummer der Krankenversicherung

V. Befundbericht des behandelnden Arztes

Diese Angaben dienen zur Feststellung des Vorliegens eines Dienstunfalls im Rahmen der Dienstunfallfürsorge nach den beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften (§§ 25 ff. ThürBeamtVG). Die Angaben sind nur in dem für diesen Zweck erforderlichen Umfang aufzunehmen.

Name, Vorname	
Unfall / Ereignis vom	
Erstmalige Vorstellung des Patienten (Datum, Uhrzeit)	
Anamnese	
Befund (bitte Berichte bildgebender Verfahren z.B. Röntgen, MRT, CT usw. in Kopie beifügen)	
Diagnose	
Ergaben sich Anhaltspunkte für vorangegangene Verletzungen, degenerative oder anlagebedingte Veränderungen der geschädigten Körperregion? Wenn ja, bitte kurze Schilderung.	
Praxisstempel	
Die Abrechnung des Befundberichts erfolgt nach GOÄ Nr. 75.	
Datum	Unterschrift des Arztes