

Name, Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Eingangsstempel TLF-B

- Vertrauliche Dienstunfallsache -

Arbeitsgebiet	Personal-Nr.
---------------	--------------

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

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 _____

<p>Bestanden vor dem Unfall bereits Beschwerden am verletzten Körperteil (Angaben zu früheren Verletzungen oder Erkrankungen der verletzten Körperregion)?</p> <p>Nein. Ja, kurze Schilderung _____</p> <p style="margin-left: 20px;">Name, Anschrift der damals behandelnden Ärzte / Krankenhäuser</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall die Verkehrssicherheit beeinflussende Mittel (z.B. Arznei, Alkohol, sonst. Drogen) zu sich genommen?</p> <p>Nein. Ja. (bitte Art und Menge angeben) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Wurde der Unfall durch</p> <p>a) einen körperinneren Vorgang (z.B. plötzliche Kreislaufschwäche, Übelkeit) oder</p> <p>b) eine vorher bereits bestehende Verletzung, Behinderung (Privat- oder Dienstunfall) mitverursacht?</p> <p>Nein. Ja, kurze Schilderung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III. Ärztliche Behandlung aus Anlass des Unfalls

Erstmalige ärztliche Behandlung am: _____
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes

Name und Anschrift des / der weiterbehandelnden Arztes / Ärzte

IV. Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname	geboren am	Unfalltag
Anschrift (bitte nochmals angeben)		

<p>Ich entbinde im Zusammenhang mit meinem erlittenen Unfall die beteiligten Ärzte, den polizeiärztlichen Dienst, die Krankenhäuser, die Sozialversicherungsträger, die Krankenversicherung, die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Gutachter und Psychotherapeuten gegenüber dem für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zuständigen Thüringer Landesamt für Finanzen und den ggf. beizuziehenden Gutachtern von ihrer Schweigepflicht, soweit das für die sachgerechte Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit erforderlich ist.</p> <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem Thüringer Landesamt für Finanzen sowie den von ihr beauftragten Gutachtern die für</p> <ul style="list-style-type: none">• die Kausalitätsprüfung zwischen Unfall und eingetretener Verletzung (einschließlich Prüfung von Vorerkrankungen an dem verletzten Körperteil),• die Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit,• die Sachverhaltsklärung im Heilverfahren (z.B. Bewilligungen von Rehabilitationsmaßnahmen, Pflegekosten etc.) <p>erforderlichen Auskünfte sowie Untersuchungsunterlagen (Untersuchungsbefunde, Krankheitsgeschichten, Röntgenbilder, MRT-/CT-/OP-Aufnahmen und Berichte) zur Verfügung gestellt werden.</p>		

Datum

Unterschrift der verletzten Beamtin/des verletzten Beamten/des Hinterbliebenen

Hinweis:

Von dieser Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht wird die Dienstunfallfürsorgestelle des Thüringer Landesamtes für Finanzen nur in dem Rahmen Gebrauch machen, wie dies zur Aufklärung des Sachverhalts oder für dienstunfallrechtliche Entscheidungen zwingend erforderlich ist.

Die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Hierdurch entstehende Beweisschwierigkeiten bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Voraussetzungen können jedoch zu Lasten des Beamten gehen.

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 _____
Diagnose _____
Ergaben sich Anhaltspunkte für vorangegangene Verletzungen, degenerative oder anlagebedingte Veränderungen der geschädigten Körperregion? Wenn ja, bitte kurze Schilderung. _____

Die Abrechnung des Befundberichts erfolgt nach GOÄ Nr. 75.

Praxisstempel

Datum

Unterschrift des Arztes

VI. Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von dem Thüringer Landesamt für Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Unfallfürsorge gem. §§ 25 ff. ThürBeamtVG entsprechend den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet unter dem Link:
<https://www.thueringen.de/th5/lfd/wir/datenschutz/index.aspx>.