

Hauptversicherter/PNR:

Name:

Adresse:

E-Mail:

**Unfall- bzw.
Verletzungsbericht**
für:

**Nur durch die OÖ. LKUF
auszufüllen!**

Ablage: _____

DU ohne FV

DU mit FV

FU ohne FV

FU mit FV

SU ohne FV

SU mit FV

LU ohne FV

LU mit FV

kein Unfall

Uneinbringlich

Datum: _____

Zeichen: _____

Angaben zum Unfall- bzw. Verletzungsgeschehen

| | |
|---|--|
| Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit) | Wo passierte der Unfall? <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Landwirtschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Unfallort: | |
| Unfallhergang (Schilderung in Stichworten) | (wenn Platz nicht ausreicht, bitte Seite 4 verwenden) |
| Verletzungsart und verletzter Körperteil | |
| Unbedingt vom Mitglied zu unterzeichnen Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben, und verbürge mich für deren Richtigkeit, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige die OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge, alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in allen den Unfall betreffenden Akten Einsicht zu nehmen und davon Abschriften oder Kopien anzufertigen. Weiters stimme ich zu, dass meine Angaben zur Geltendmachung von Regressansprüchen bei Bedarf weitergeleitet werden dürfen. | |
| Datum | Unterschrift des Versicherten |

**Bei einem Unfall mit Fremdverschulden oder einem Dienstunfall sind noch weitere Angaben notwendig.
Siehe Seite 2 bzw. 3.**

Unfälle mit Fremdverschulden

Angaben zu den Erhebungen

| | |
|---|---|
| Erhebungen durch die Polizei | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Name und Anschrift der erhebenden Stelle: _____ |
| <hr/> | |
| Gerichtsverfahren anhängig: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gerichtsstandort: _____ |
| <hr/> | |
| Rechtsanwalt beauftragt: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Anschrift: _____ |
| <hr/> | |
| Fremdverschulden: | <input type="checkbox"/> geklärt <input type="checkbox"/> ungeklärt |

Angaben bei Verkehrsunfall

| | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| Wie bzw. womit waren Sie unterwegs: | | | |
| <input type="checkbox"/> PKW/LKW - Lenker | <input type="checkbox"/> Moped/Motorrad - Lenker | <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> PKW/LKW – Mitfahrer | <input type="checkbox"/> Moped/Motorrad – Mitfahrer | <input type="checkbox"/> Fahrrad | |
| <hr/> | | | |
| Daten des Unfallgegners | | | |
| Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers: _____ | | | |
| Name und Anschrift des Fahrzeughalters: _____ | | | |
| Art u. Marke des Fahrzeuges: _____ amtl. Kennzeichen: _____ | | | |
| Haftpflichtversicherung: _____ | | | |
| Polizzenummer: _____ Schadennummer: _____ | | | |

Angaben bei Glatteisunfällen

| | | | |
|---|--|--|--|
| Genauere Adresse des Unfallortes: _____ | | | |
| Der Unfallort war geräumt und gestreut: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> weiß nicht | | | |
| Name, Anschrift und Haftpflichtversicherung bzw. Haushaltsversicherung der für die Streuung des Unfallortes verantwortlichen Person oder Institution: | | | |
| _____ | | | |
| Polizzenummer: _____ Schadennummer: _____ | | | |

Angaben sonstiger Unfall (z.B. Raufhandel, Vorfall beim Einkauf)

| | |
|---|--|
| Daten des Schuldtragens: | |
| Name und Anschrift: _____ | |
| Haftpflichtversicherung: _____ | |
| Polizzenummer: _____ Schadennummer: _____ | |

DIENSTUNFALL (gilt nur für aktive LehrerInnen)

Angaben zum Unfallgeschehen

Wobei passierte der Unfall?

- im Unterricht
- am direkten Weg von der Schule / Dienort
- Schulveranstaltung

Art: _____ Zeitraum von: _____ bis: _____
Tag: Monat: Jahr: Tag: Monat: Jahr:

- Schulbezogene Veranstaltung (Kopie des Beschlussprotokolls beilegen)
- Schul / Klassenforum (wenn nicht Schulleiter oder Klassenvorstand, Nachweis über Teilnahmeverpflichtung beilegen)
- Fortbildung / Weiterbildung für BPS – Kopie des Dienstauftrages
für APS - vom Schulleiter anerkannt Fortbildung lt. Erlass des
LSR A9-75/4-2001 vom 6. September 2001 (LDG-Fortbildung)

Beginn / Ende des Dienstes am Unfalltag:

Beginn / Uhrzeit: _____ Ende / Uhrzeit: _____

Angaben zur Behandlung und den Unfallfolgen

Weitere Angaben zur Verletzung:

Behandlung im Krankenhaus (wann und welches) ja nein
 ambulant stationär

Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses)

nein ja (Name, Anschrift u. Datum der behandelnden Stelle) _____

Gibt es eine Vorschädigung bei diesem Körperteil:

nein ja, durch: Dienstunfall Freizeitunfall Abnützung

Sind Folgeschäden aus dem Unfall zu erwarten: ja nein weiß nicht

Waren Sie durch den Unfall dienstunfähig:

ja nein Zeitraum von: _____ bis: _____
Tag: Monat: Jahr: Tag: Monat: Jahr:

Wichtig bei Wegunfällen

Wegunfall zur Schule von der Schule sonstiger Weg

Ausgangsort: _____ Uhrzeit: _____ Zielort: _____ Uhrzeit: _____

Liegt die Unfallstelle am direkten Weg zwischen diesen Orten: ja nein

Wurde der Dienstweg durch anderweitige Tätigkeiten unterbrochen:

nein ja zeitliche Auflistung der am Weg verrichteten Tätigkeiten

(wenn Platz nicht ausreicht, bitte Seite 4 verwenden)

Unbedingt vom Schulleiter/Bezirksschulrat oder Landesschulrat zu unterzeichnen

Die Schulleitung bestätigt mit Dienstsiegel und der eigenhändigen Unterschrift des Schulleiters die Richtigkeit der oben genannten Angaben über den Dienstunfall. Bei Dienstunfällen eines Schulleiters hat die Bestätigung durch den Bezirksschulrat, bei einem Berufsschulleiter durch den Landesschulrat, zu erfolgen.

Ort, Datum

Dienstsiegel u. eigenhändige Unterschrift des Schulleiters, Bezirks- bzw. Landesschulrates

Anmerkungen des Versicherten: