

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion
Referat 12 – Schadenregulierungsstelle
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 17
56073 Koblenz

Schadenbezogenes vollständiges Ausfüllen
des Vordrucks erspart vermeidbare
Rückfragen und verkürzt die Verfahrensdauer!

Postanschrift:
Postfach 20 05 55
56005 Koblenz

REGRESSFRAGEBOGEN

Personalien der/des Landesbediensteten	
Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ Ort:	
Geburtsdatum:	
Dienststelle:	
Verletzte Person	
<input type="checkbox"/> Beamte/in (Privatunfälle) ¹ <u>selbst</u>	<input type="checkbox"/> Beschäftigte/r
<input type="checkbox"/> Verletzung eines <u>Angehörigen</u> ² Name, Vorname:	
Stellung zum Bediensteten:	
Hinweise: ¹ Dieses Formular gilt nicht für Beamte/innen, die einen Dienstunfall erlitten haben. Hier ist das Formular „Unfallmeldung“ zu verwenden. ² Gilt nur für Beamte/innen, die Aufwendungen nach der Beihilfeverordnung für Angehörige geltend gemacht haben.	
Angaben zum Unfall	
Wann (Datum u. Uhrzeit)?	
Wo (Ort, Straße, Hausnummer)	
Während des Dienstes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auf dem Weg von / zur Dienststelle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Im privaten Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unfallschilderung	
Wie hat er sich ereignet? Worauf führen Sie ihn zurück? Ggf. witterungsbedingte Bodenverhältnisse (Eisglätte, war gestreut?) als Ursache aufführen. Detaillierte Schilderung, ggf. Skizze auf Rückseite oder gesondertem Blatt.	
Gesundheitliche Folgen des Unfalls (Diagnose)	

Dienstunfähigkeit			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind unbedingt beizufügen!			
vom	bis	vom	bis
vom	bis		
Folgeschäden			
<input type="checkbox"/> Ja Art des Folgeschadens:		<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Noch nicht beurteilbar			
Drittverschulden/Unfallgegner			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname:			
Anschrift:			
ggf. Kfz-Zeichen des Unfallverursachers:			
ggf. Haftpflichtversicherung:			
ggf. Schadennummer/Versicherungsnummer:			
Versicherungsleistungen			
Versicherung/ Unfallgegner hat Leistungen erbracht			
<input type="checkbox"/> Ja Welche:		<input type="checkbox"/> Nein	
Rechtliche Vertretung			
Werden Sie anwaltlich vertreten?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Aktenzeichen:			
Zeugen			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Aufnahme durch Polizei			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Polizeidienststelle:			
Aktenzeichen:			
Bemerkungen			
Ergänzende Hinweise zu ggf. Schadenersatz, Strafanzeige, Klage, etc.			

Abtretungserklärung (nur für Beschäftigte)

Bezüglich des in der Unfallmeldung geschilderten Unfalles trete ich gem. § 255 BGB analog die Ansprüche auf Ersatz für finanzielle Leistungen des Arbeitgebers wegen Arbeitsunfähigkeit, die über das nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) geregelte Arbeitsentgelt hinausgehen, an das Land Rheinland-Pfalz ab. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich über diese Schadenersatzansprüche noch nicht anderweitig verfügt habe.

Schlusserklärung (für Beschäftigte und Beamte)

Über den Anspruch des Landes auf Schadenersatz gem. §§ 6 EntgFG, 72 LBG habe ich mit dem Schädiger keinen Vergleich abgeschlossen, keine Abfindung angenommen und keine Verzichtserklärung abgegeben. Es ist mir bekannt, dass ich meine eigenen Ersatzansprüche (Sachschaden, Schmerzensgeld, Anwaltskosten, Leistungsansprüche, usw.) selbst verfolgen muss.

Ort

Datum

Unterschrift