

Name, Vorname	Telefon	E-Mail-Adresse
Geburtsdatum	Besoldungsgruppe	LBV-Personalnummer
Anschrift	Amtsbezeichnung	Dienststelle/Schule

An die
Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 12 – Zentrales Schadenersatzbüro
Cecilienallee 2
40474 Düsseldorf

Aktenzeichen der Bezirksregierung 12.08- Unfall vom:
--

Unfallanzeige eines fremdverschuldeten Privatunfalls/ tätlichen Angriffs

1	<u>Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der/s Verletzten</u> (falls abweichend)	
2	<u>Beschäftigungsumfang</u>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Wochenstundenzahl: <u>Bei Lehrern</u> Pflichtstundenzahl bei Vollbeschäftigung:
3	<u>Vorschädigungen, Schwerbehinderung</u> (Grad der Behinderung)	
4	<u>Datum und Uhrzeit des Unfalls, Unfallort</u>	
5	<u>Unfallschilderung</u> (bitte ggf. auf gesondertem Blatt)	

6	<u>Unfallverursacher/ Täter/ Tierhalter</u> (Name, vollständige Anschrift)	
7	<u>Haftpflichtversicherung des Unfallgegners</u> (Name, vollständige Anschrift, Schadens- und/oder Versicherungsnummer)	
8	<u>Bei Verkehrsunfällen:</u> ggf. Kfz-Kennzeichen des Unfallgegners	
9	<u>Unfallzeugen</u> (Namen, Anschriften)	
10	<u>Ermittelnden Polizeidienststelle</u> (Bezeichnung, Anschrift und Tagebuchnummer)	
11	<u>Ermittelnde Staatsanwaltschaft</u> (Anschrift und Geschäftszeichen)	
12	<u>Angaben zum Ausgang des Ermittlungsverfahrens</u>	
13	<u>Angaben zur Verfolgung eigener Ansprüche</u> (z.B. Schmerzensgeld)	
14	<u>Ggf. beauftragte Rechtsanwaltskanzlei</u> (Name, Anschrift und Telefonnummer)	<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrale Schadenersatzbüro der Bezirksregierung Düsseldorf Auskünfte über die Schadensabwicklung erhält, soweit dies zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen des Landes NRW notwendig ist.
15	<u>Art der Verletzungen:</u> (ggf. bitte Arztberichte beifügen)	

16	<p>a) <u>Zeiten der unfallbedingten Dienst-/ Arbeitsunfähigkeit:</u></p> <p>b) <u>Ggf. Zeiten einer Wiedereingliederungsmaßnahme:</u></p> <p>Dienstunfähigkeitsbescheinigungen/ Atteste (Kopien) bitte vorlegen.</p>	<p>Hinweis: Dienstunfähigkeit muss auch für ggf. in den Ferien liegende Zeiten nachgewiesen werden!</p>
17	<p>Wurde Beihilfe bereits für <u>alle</u> unfallbedingten Aufwendungen beantragt?</p>	
18	<p>Ist die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
19	<p>Falls mit weiteren unfallbedingten Aufwendungen bzw. weiteren Fehlzeiten zu rechnen ist, erläutern Sie bitte die Gründe:</p>	

<p><u>Nur bei vorsätzlichem, rechtswidrigen tätlichen Angriff ausfüllen:</u> (Opfer von Gewalttaten haben u.U. einen Anspruch auf Versorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)!) </p>	
20	<p>Anschrift und Aktenzeichen der nach dem Bundesversorgungsgesetz zuständigen Behörde:</p>
<p><u>Rheinland:</u> Landschaftsverband Rheinland (LVR), Fachbereich 62, 50663 Köln</p> <p><u>Westfalen:</u> Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Abteilung 63, 48133 Münster</p> <p><u>Achtung:</u> Falls im v.g. Fall noch kein Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz bei der zuständigen Behörde (s.o.) gestellt wurde, diesen bitte unverzüglich, <u>spätestens aber innerhalb eines Jahres nach dem Angriff</u> stellen und das Aktenzeichen unter dem der Vorgang bearbeitet wird mitteilen.</p>	
<p>Kostenlose Info-Hotline des LVR/LWL: 0800 – 654 654 6 Internet: http://www.lvr.de oder http://www.lwl.org</p>	

(Ort)	(Datum)	(Unterschrift/en)
-------	---------	-------------------