

Dienstleistungszentrum Personal  
des Landes Schleswig-Holstein  
- Justizariat -  
Postfach 1412  
24013 Kiel

## Anzeige Personenschaden

### Schädigung durch Dritte

Wurden Sie durch eine andere Person geschädigt, so müssen Sie dies dem Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein melden. Dies gilt für Schädigungen während der Arbeitszeit ebenso wie in der Freizeit. Was ein Personenschaden ist, entnehmen Sie bitte den [Ausfüllhinweisen](#) zu diesem Formular.

Zutreffendes bitte ankreuzen

#### Wichtige Hinweise

- ➔ Ist Folge des Personenschadens auch eine **Dienst-/Arbeitsunfähigkeit**? Als davon betroffene/r Beschäftigte/r informieren Sie hierüber bitte Ihre Personaldienststelle – auch wenn sich der Schaden in der Freizeit ereignet hat.
- ➔ Für Dienst-/Arbeitsunfähigkeit sind stets ärztliche **Nachweise** erforderlich, **auch für einzelne Tage**. Hier gilt nicht die übliche 3-Tage-Regelung.
- ➔ Achten Sie insbesondere an Wochenenden darauf, dass die Krankschreibung noch am selben Tag erfolgt.
- ➔ Im schulischen Bereich sind für Dienst-/Arbeitsunfähigkeit **auch während der Schulferien** ärztliche Nachweise erforderlich.
- ➔ Schadensfälle, die sich im Zusammenhang mit **polizeilichen Einsätzen** ereignet haben (ohne Beteiligung eines Dienst-Kfz), melden Sie bitte dem Landespolizeiamt.
- ➔ Bei Unfällen, an denen ein **Dienst-Kfz beteiligt** ist (Personen- und/oder Sachschäden), verwenden Sie bitte das Formular „Dienst-Kfz-Unfallbericht“. Dies finden Sie im Internet unter [www.schleswig-holstein.de/dlzp](http://www.schleswig-holstein.de/dlzp).

#### 1 Absender/in

Ich zeige den Personenschaden an als

Beschäftigte/r       Versorgungsempfänger/in       Hinterbliebene/r       Dienststelle

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Dienststelle

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Tel. dienstlich

Tel. privat

E-Mail (nur bei Dienststellen)

<b>2 Geschädigte/r</b> → Mehrfachnennungen möglich	
<input type="checkbox"/> ich selbst	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in der Dienststelle
<input type="checkbox"/> Ehe- oder eingetragene/ Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Kind
gegebenenfalls Personal- oder Versorgungsnummer	Geburtsdatum
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> privat
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> keine
→ nur ausfüllen, wenn Person abweichend von unter 1 genannter/m Absender/in oder wenn es weitere Geschädigte gibt	
Name, Vorname der/des Geschädigten	Geburtsdatum
Name, Vorname der/des Geschädigten	Geburtsdatum
Name, Vorname der/des Geschädigten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

<b>3 Art des Unfalls</b> → bitte Ausfüllhinweise beachten	
Handelt es sich um einen Dienst- oder Arbeitsunfall?	
<input type="checkbox"/> ja ↓	<input type="checkbox"/> nein ↓
Handelt es sich um einen Wegeunfall?	Ist die Schädigung während der Ausübung einer Nebentätigkeit oder eines Ehrenamts eingetreten?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>4 Schadensgeschehen</b> → bitte Ausfüllhinweise beachten	
Datum der Schädigung	Uhrzeit
Ort	
Ausführliche Schilderung des Hergangs → bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt verwenden	
Wurde die Schädigung polizeilich aufgenommen oder angezeigt?	
<input type="checkbox"/> ja ↓	<input type="checkbox"/> nein
Dienststelle der Polizei oder Staatsanwaltschaft	Aktenzeichen bei Polizei oder Staatsanwaltschaft
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

Gibt es Zeugen für den Hergang?		<input type="checkbox"/> ja ↓	<input type="checkbox"/> nein
→ nur ausfüllen, wenn Schädigung nicht polizeilich aufgenommen wurde			
Name, Vorname der/des Zeugin/en			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Schriftliche Zeugenaussage		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Wurde ein Antrag nach Opferentschädigungsgesetz gestellt?		<input type="checkbox"/> ja ↓	<input type="checkbox"/> nein
Dienststelle		Aktenzeichen	
Wurde ein/e Anwältin/Anwalt beauftragt?		<input type="checkbox"/> ja ↓	<input type="checkbox"/> nein
Name der Rechtsanwaltskanzlei			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			

**5 Verletzungsfolgen**

→ bitte Ausfüllhinweise beachten

Art und Umfang der Verletzung(en)			
Erfolgte eine ärztliche Behandlung?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ambulant	<input type="checkbox"/> ja, stationär	
Wann war oder ist Behandlungsende?			
<input type="checkbox"/> nicht absehbar	<input type="checkbox"/> in absehbarer Zeit	<input type="checkbox"/> am	
Sind Spätfolgen oder Dauerschäden möglich?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> noch unbekannt	
Bestand Dienst-/Arbeitsunfähigkeit?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am		
	<input type="checkbox"/> ja, von	bis	
Ist die/der Verletzte gestorben?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am		
Arztbericht /-gutachten für alle Angaben		<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

**6 Schädiger/in bzw. Haftpflichtige/r**

Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Ist diese/r minderjährig?		Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → ↓	
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters		
Straße, Hausnummer		

Postleitzahl, Ort		
Der gesetzliche Vertreter ist	<input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> anderes:

Name des Haftpflichtversicherers	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Versicherungsscheinnummer	Schadensnummer

7 Schädigung durch Kraftfahrzeuge		
War ein fremdes Kraftfahrzeug an der Schädigung beteiligt?		<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein
Kennzeichen des Fremdfahrzeugs	Nationalität	Fahrzeugmarke/-art/-typ
Name, Vorname der/des Fahrerin/Fahrers (sofern abweichend von der unter 6 genannten Person)		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Name, Vorname der/des Halterin/Halters (sofern nicht Fahrer/in)		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		

8 Zusendung der Schadensunterlagen → nur ausfüllen, wenn Sie als Dienststelle den Schaden melden, und Ausfüllhinweise beachten	
Die Zuleitung der Unterlagen zu Fortzahlung von Bezügen oder Entgelt	<input type="checkbox"/> ist veranlasst <input type="checkbox"/> wird veranlasst

9 Unterschrift	
Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.	
Ort, Datum	Unterschrift 