

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.

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)

| | |
|---|--|
| 2 Geschädigte/r → 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 | |

| | |
|---|--|
| 3 Art des Unfalls → 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 |

| | |
|--|--|
| 4 Schadensgeschehen → 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 dem SGB XIV (vormals OEG) 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 | Schadenummer |

| 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 FahrerIn) | | |
| 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  |