

Wegeunfall-Fragebogen

Aktenzeichen: _____

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Betrieb/Unternehmen: _____

Unfall vom:

| | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|
| 1. Zeitpunkt und Ort des Unfalls | | | | | |
| 1.1 Wann hat d. Versicherte den Unfall erlitten? | <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr></table> | Tag | Monat | Stunde | Minute |
| Tag | Monat | Stunde | Minute | | |
| 1.2 Wo hat sich der Unfall ereignet? (Bitte <i>genaue</i> Orts- und Straßenangaben.) | | | | | |
| 1.3 Weitere Angaben zur Unfallstelle: | Der Unfall ereignete sich <input type="checkbox"/> auf der Fahrbahn <input type="checkbox"/> auf dem Gehweg <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> innerhalb } der geschlossenen Ortschaft. <input type="checkbox"/> außerhalb } <input type="checkbox"/> innerhalb } des von dem/der Verletzten bewohnten Gebäudes. <input type="checkbox"/> außerhalb } | | | | |
| 2. Ausgangspunkt und Ziel des Weges | | | | | |
| 2.1 Woher kam sie/er, als der Unfall geschah? (Bitte <i>immer</i> die genaue Anschrift angeben.) | Ausgangspunkt am Unfalltag: <input type="checkbox"/> Arbeitsstätte*): <input type="checkbox"/> Wohnung: <input type="checkbox"/> sonstiger: | | | | |
| 2.2 Wohin wollte sie/er? (Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung und Anschrift an.) | | | | | |
| 2.3 Bei Unfall auf dem Weg <i>zur</i> Arbeitsstätte: | Beginn des Weges um: <table border="1"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr></table> Arbeitsbeginn am Unfalltag um: <table border="1"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr></table> | Stunde | Minute | Stunde | Minute |
| Stunde | Minute | | | | |
| Stunde | Minute | | | | |

*) Bei Unfällen von Kindern in Kindergärten, Schülern oder Studierenden gelten die auf Arbeitnehmer bezogenen Begriffe sinngemäß (z. B. Arbeitsstätte = Kindergarten, Schule, Hochschule oder Ort der Schul- bzw. Hochschulveranstaltung).

| | | | | | |
|--|---|---------|---------|--------|--------|
| <p>2.4 Bei Unfall auf dem Weg <i>von</i> der Arbeitsstätte:</p> | <p>Verlassen der Arbeitsstätte um: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunde</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minute</td></tr></table></p> <p>Arbeitsende am Unfalltag um: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunde</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minute</td></tr></table></p> | Stunde | Minute | Stunde | Minute |
| Stunde | Minute | | | | |
| Stunde | Minute | | | | |
| <p>2.5 Ereignete sich der Unfall während einer Arbeitspause?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Dauer der Pause: von <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunde</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minute</td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunde</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minute</td></tr></table></p> | Stunde | Minute | Stunde | Minute |
| Stunde | Minute | | | | |
| Stunde | Minute | | | | |
| <p>2.6.1 Welchen Weg nimmt sie/er <i>üblicherweise</i> von der Wohnung zur Arbeitsstätte und umgekehrt? (Bitte machen Sie <i>genaue</i> Orts- und Straßenangaben.)</p> | <p>Üblicher Weg:</p> | | | | |
| <p>2.6.2 Wie lang ist der übliche Weg?</p> | <p>_____ km, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunden</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minuten</td></tr></table></p> | Stunden | Minuten | | |
| Stunden | Minuten | | | | |
| <p>2.7 Ist sie/er am Unfalltag vom üblichen Weg abgewichen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgenden Weg hat sie/er zurückgelegt: (Bitte machen Sie <i>genaue</i> Orts- und Straßenangaben.)</p> | | | | |
| <p>2.8 War der tatsächlich zurückgelegte Weg länger?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, um ca. _____ km und ca. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunden</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minuten</td></tr></table> länger.</p> | Stunden | Minuten | | |
| Stunden | Minuten | | | | |
| <p>2.9 Warum hat sie/er am Unfalltag einen abweichenden Weg gewählt?</p> | | | | | |
| <p>2.10 Hat sie/er Personen/Stellen (z. B. Bekannte, Ärzte, Kaufhäuser oder Behörden) aufgesucht oder aufsuchen wollen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende:</p> <p>von <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunde</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minute</td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Stunde</td><td style="width: 30px; height: 20px;">Minute</td></tr></table></p> | Stunde | Minute | Stunde | Minute |
| Stunde | Minute | | | | |
| Stunde | Minute | | | | |
| <p>2.11.1 Welches Verkehrsmittel benutzt sie/er üblicherweise?</p> | <p>Wie üblich:</p> <p>_____</p> <p>(z. B. Auto, Bahn, keines [zu Fuß])</p> | | | | |

| <p>2.11.2 Welches Verkehrsmittel hat sie/er am Unfalltag benutzt?</p> | <p>Am Unfalltag:</p> <p>_____</p> <p>(z. B. Auto, Bahn, keines [zu Fuß])</p> | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|--------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--------------------------------|--|--|--|------------------|--|
| <p>2.12 Gibt es Augenzeugen des Unfalls?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.):</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2.13 Wer ist zuerst zur Unfallstelle gekommen?</p> | <p>(Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.)</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2.14 Hat jemand erste Hilfe geleistet?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.):</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Unfallbeteiligte/Fremdumstände</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.1 War an dem Unfall ein anderes Fahrzeug (Auto, Fahrrad, Bahn, Fuhrwerk usw.) beteiligt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja:</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Das von d. Verletzten gesteuerte Fahrzeug ist <i>hier nicht</i> einzutragen</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px;">1. Fahrzeug</th> <th style="width: 50%; padding: 2px;">2. Fahrzeug</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Art des Fahrzeuges</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Polizeiliches Kennzeichen und Nationalität</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Name und Anschrift des Halters</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Name und Anschrift des Fahrers</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Vers.-Schein-Nr.</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> | 1. Fahrzeug | 2. Fahrzeug | Art des Fahrzeuges | | Polizeiliches Kennzeichen und Nationalität | | Name und Anschrift des Halters | | Name und Anschrift des Fahrers | | Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung | | Vers.-Schein-Nr. | |
| 1. Fahrzeug | 2. Fahrzeug | | | | | | | | | | | | | | |
| Art des Fahrzeuges | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polizeiliches Kennzeichen und Nationalität | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift des Halters | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift des Fahrers | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vers.-Schein-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art des Fahrzeuges | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polizeiliches Kennzeichen und Nationalität | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift des Halters | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift des Fahrers | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift der Haftpflichtversicherung | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vers.-Schein-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|------|-------|------|
| <p>3.2 War der Unfall auf Schnee, Glatt- eis, schadhafte Wege- oder Stra- ßenverhältnisse zurückzuführen? Wen trifft ggf. die Verkehrssiche- rungspflicht (z. B. die Streu-, Instandhaltungspflicht) an der Unfallstelle?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Verkehrssicherungspflichtige(r): (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.)</p> | | | |
| <p>3.3 Wurde der Unfall durch ein Tier verursacht? Wer ist ggf. der Tierhalter?</p> <p>Bitte geben Sie auch die Versicherung und die Versicherungsnummer des Tierhalters, soweit bekannt, an.</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Tierhalter: (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.)</p> <p>Versicherung des Tierhalters: _____ (Name, Anschrift)</p> <p>_____ Versicherungsnummer:</p> | | | |
| <p>3.4 War sonst jemand an dem Unfall beteiligt?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.):</p> | | | |
| <p>3.5 Wurden Feststellungen durch die Polizei oder andere Behörden getroffen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von:</p> <p>unter Aktenzeichen: _____</p> | | | |
| <p>4. Sonstiges</p> | | | | |
| <p>4.1 Auf wessen Angaben beruhen Ihre Antworten zu den Fragen 1.1 bis 2.14?</p> | <p><input type="checkbox"/> Auf Angaben d. Verletzten <input type="checkbox"/> Auf Angaben von:</p> | | | |
| <p>4.2 Hat d. Verletzte die Arbeit wieder aufgenommen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Unbekannt, d. Verletzte ist nicht mehr bei uns beschäftigt</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">Tag</td><td style="width: 30px; text-align: center;">Monat</td><td style="width: 30px; text-align: center;">Jahr</td></tr></table></p> | Tag | Monat | Jahr |
| Tag | Monat | Jahr | | |

5. Wir bitten Sie um eine Skizze oder eine Kartenkopie, aus der ersichtlich sind:

- die Arbeitsstätte (Kennzeichnung: **A**),
- die Wohnung des/der Verletzten (Kennzeichnung: **W**),
- die übliche Wegstrecke zwischen der Arbeitsstätte und der Wohnung (Kennzeichnung: - - - - -),
- der Weg, den d. Verletzte am Unfalltag genommen hat (Kennzeichnung: ———),
- Unfallstelle (Kennzeichnung: **X**).

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers, Firmenstempel

6. Bestätigung der/des Verletzten

(Bitte legen Sie den Fragebogen nur dann Ihrer Mitarbeiterin/Ihrem Mitarbeiter zur Bestätigung vor, wenn Sie nicht alle Fragen beantwortet haben):

Ich habe die Fragen Nr. _____ selbst beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift d. Verletzten