

Meldung über einen Kraftfahrzeugunfall

Unfallbericht

1.	Unfallzeit (Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit)	
	Unfallstelle (Straße/Platz und Hausnummer, Ort) - markante Punkte wie km-Stein, Leitungsmast etc. bezeichnen -	
	Unfallstelle liegt <input type="checkbox"/> innerhalb <input type="checkbox"/> außerhalb einer geschlossenen Ortschaft	
2.	Angaben zum eigenen Fahrzeug	Angaben zum fremden Fahrzeug
	Amtliches Kennzeichen	
	Art, Hersteller und Typ	
	Anhänger <input type="checkbox"/> ja Amtliches Kennzeichen <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja Amtliches Kennzeichen <input type="checkbox"/> nein _____
	Bereifung <input type="checkbox"/> i. O. <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> nicht i. O.	<input type="checkbox"/> i. O. <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> nicht i. O.
2.1	Fahrzeughalter / Fahrzeughalterin (Name)	
	Anschrift (Postleitzahl, Ort)	
	Anschrift (Straße)	
	Telefon	
2.2	Fahrzeugführer / Fahrzeugführerin (Name)	
	Anschrift (Postleitzahl, Ort)	
	Anschrift (Straße)	
	Telefon	
3.	Name und Anschrift des Haftpflichtversicherers der Gegenpartei	Versicherungsnummer
4.	Insassen Name, Anschrift	
5.1	Tote Name	
	Anschrift	
5.2	Verletzte Name	
	Anschrift	
	Art der Verletzungen (soweit bekannt)	
5.3	Sicherheitsgurt angelegt bzw. Schutzhelm getragen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt
6.	Sachschäden Fahrzeug	
	Sonstige Sachschäden	
	Altschäden am Fahrzeug	
	Bilder, von den Schäden wurden gefertigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht	

	noch: Unfallschilderung
13.	Wer hat nach Ihrer Meinung den Unfall verursacht <input type="checkbox"/> Fremder Fahrer <input type="checkbox"/> Fremder Fußgänger <input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> beide Beteiligte <input type="checkbox"/> ungeklärt
14.	Geschätzte Geschwindigkeit vor dem Unfall: des eigenen Fahrzeugs: km/h des fremden Fahrzeugs: km/h
15.	Verkehrstüchtigkeit Waren Sie übermüdet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja
	Haben Sie in den letzten 8 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich genommen? Zeitpunkt, Menge und Art <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
16.	Wurde bei Ihnen eine Blutprobe entnommen? Name des Arztes, ggf. Anschrift <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
17.	Nur bei Unfällen beim Rückwärtsfahren: Haben Sie sich einweisen lassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grund:

18.	<p>Unfallskizze</p> <p>(mit Angaben über Straßenbreite und Stand der unfallbeteiligten Fahrzeuge und Personen beim und nach dem Unfall. Unfallstelle durch "X" bezeichnen. Die Maße sollten möglichst stimmen; wichtig sind vor allem: Länge der Bremsspuren usw., Abstand der Fahrspuren vom Straßenrand bzw. zur Straßenmitte, Lage von abgefallenen Teilen wie Glassplitter usw.), Verkehrszeichen und Markierungen nicht vergessen!</p>									
19.	<p>Stand des Kilometerzählers zum Unfallzeitpunkt</p> <p>_____ km</p>									
20.	<p>Unterschrift des Kraftfahrzeugführers / der Kraftfahrzeugführerin des Dienstkraftwagens</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum _____ - Unterschrift -</p>									
21.	<p>Unterschrift(en) der Mitfahrerinnen / Mitfahrer und ggf. Zeuginnen / Zeugen</p> <p>Die vorstehenden Angaben werden bestätigt.</p> <table border="0"><tr><td data-bbox="188 1563 579 1626">Zu Nr. _____ Datum</td><td data-bbox="632 1563 979 1626">Zu Nr. _____ Datum</td><td data-bbox="1032 1563 1386 1626">Zu Nr. _____ Datum</td></tr><tr><td data-bbox="188 1664 579 1680">_____</td><td data-bbox="632 1664 979 1680">_____</td><td data-bbox="1032 1664 1386 1680">_____</td></tr><tr><td data-bbox="188 1765 579 1794">Unterschrift</td><td data-bbox="632 1765 979 1794">Unterschrift</td><td data-bbox="1032 1765 1386 1794">Unterschrift</td></tr></table>	Zu Nr. _____ Datum	Zu Nr. _____ Datum	Zu Nr. _____ Datum	_____	_____	_____	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift
Zu Nr. _____ Datum	Zu Nr. _____ Datum	Zu Nr. _____ Datum								
_____	_____	_____								
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift								