

# 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> <tr> <td>   </td> <td>   </td> <td>   </td> <td>   </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Stunde	Minute				
Tag	Monat	Stunde	Minute						
1.2 Wo hat sich der Unfall ereignet? (Bitte <b>genaue</b> Orts- und Straßenangaben.)	<hr/> <hr/>								
1.3 Weitere Angaben zur Unfallstelle:	<p>Der Unfall ereignete sich</p> <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 <b>immer</b> die genaue Anschrift angeben.)	<p>Ausgangspunkt am Unfalltag:</p> <input type="checkbox"/> Arbeitsstätte*): <input type="checkbox"/> Wohnung: <input type="checkbox"/> sonstiger: <hr/> <hr/>								
2.2 Wohin wollte sie/er? (Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung und Anschrift an.)	<hr/> <hr/>								
2.3 Bei Unfall auf dem Weg <b>zur</b> Arbeitsstätte:	<p>Beginn des Weges um: <table border="1"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td>   </td><td>   </td></tr></table></p> <p>Arbeitsbeginn am Unfalltag um: <table border="1"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td>   </td><td>   </td></tr></table></p>	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 <b>von</b> der Arbeitsstätte:</p>	<p>Verlassen der Arbeitsstätte um: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Arbeitsende am Unfalltag um: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td> </td><td> </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>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>	Stunde	Minute			Stunde	Minute		
Stunde	Minute								
Stunde	Minute								
<p>2.6.1 Welchen Weg nimmt sie/er <b>üblicherweise</b> von der Wohnung zur Arbeitsstätte und umgekehrt? <small>(Bitte machen Sie <b>genaue</b> Orts- und Straßenangaben.)</small></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>Stunden</td><td>Minuten</td></tr><tr><td> </td><td> </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: <small>(Bitte machen Sie <b>genaue</b> Orts- und Straßenangaben.)</small></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>Stunden</td><td>Minuten</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> länger.</p>	Stunden	Minuten						
Stunden	Minuten								
<p>2.9 Warum hat sie/er am Unfalltag einen abweichenden Weg gewählt?</p>	<p>_____</p> <p>_____</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>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Stunde</td><td>Minute</td></tr><tr><td> </td><td> </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><small>(z. B. Auto, Bahn, keines [zu Fuß])</small></p>								

Name:

Aktenzeichen:

2.11.2 Welches Verkehrsmittel hat sie/er am Unfalltag benutzt?	Am Unfalltag:  _____ (z. B. Auto, Bahn, keines [zu Fuß])	
2.12 Gibt es Augenzeugen des Unfalls?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.):	
2.13 Wer ist zuerst zur Unfallstelle gekommen?	  <b>(Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.)</b>	
2.14 Hat jemand erste Hilfe geleistet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an.):	
<b>3. Unfallbeteiligte/Fremdumstände</b>		
3.1 War an dem Unfall ein anderes Fahrzeug (Auto, Fahrrad, Bahn, Fuhrwerk usw.) beteiligt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		
Das von d. Verletzten gesteuerte Fahrzeug ist <b>hier nicht</b> einzutragen		
	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.	_____	_____

<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):</p> <p>(Name, Anschrift)</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:</p> <p>(Name, Anschrift)</p> <p>Versicherung des Tierhalters:</p> <p>(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:</p> <p>(Name, Anschrift)</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>(Name, Anschrift)</p> <p>unter Aktenzeichen: _____</p>						
<p><b>4. Sonstiges</b></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</p> <p><input type="checkbox"/> Auf Angaben von:</p> <p>(Name, Anschrift)</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:</p> <table border="1" data-bbox="965 2011 1273 2083"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr					
_	_	_ _					

Name:

Aktenzeichen:

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

Bitte urschriftlich zurück an:

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung  
Postfach

Name:

Aktenzeichen:

---

**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

Bitte urschriftlich zurück an:

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Bezirksverwaltung  
Postfach