

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	

7.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="177 91 1046 192">Augenzeugen Name, Anschrift</td> <td data-bbox="1046 91 1398 192">Telefon</td> </tr> <tr> <td data-bbox="177 192 1046 248">1. _____</td> <td data-bbox="1046 192 1398 248"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="177 248 1046 282">2. _____ (Standort zur Zeit des Unfalles: siehe Skizze)</td> <td data-bbox="1046 248 1398 282"></td> </tr> </table>	Augenzeugen Name, Anschrift	Telefon	1. _____		2. _____ (Standort zur Zeit des Unfalles: siehe Skizze)	
Augenzeugen Name, Anschrift	Telefon						
1. _____							
2. _____ (Standort zur Zeit des Unfalles: siehe Skizze)							
8.	<p>Polizeiliche Unfallaufnahme durch die Polizeidienststelle (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Gebührenpflichtig bzw. gebührenfrei verwahrt wurde(n)</p> <p><input type="checkbox"/> ich selbst <input type="checkbox"/> Fremde(r), Beteiligte(r)</p> <p>Name, Vorname _____ Anschrift s. Nr. _____</p>						
9.	<p>Verkehrsregelungen</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> durch Polizei <input type="checkbox"/> durch Verkehrsampel <input type="checkbox"/> durch Verkehrszeichen und Markierungen auf der Fahrbahn</p>						
10.	<p>Straßenverhältnisse Art der Straße</p> <p><input type="checkbox"/> Asphalt <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Kopfsteinpflaster <input type="checkbox"/> Sonstige Straßendecke</p> <p><input type="checkbox"/> eben <input type="checkbox"/> gewölbt <input type="checkbox"/> rechts überhöht <input type="checkbox"/> links überhöht</p> <p>Zustand der Straße</p> <p><input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> vereist (z.B. Ackererde etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Schneeglätte <input type="checkbox"/> verschmiert durch</p> <p>Straßenverlauf in Fahrtrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> übersichtlich <input type="checkbox"/> unübersichtlich <input type="checkbox"/> gerade</p> <p><input type="checkbox"/> Rechtskurve <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> Steigung <input type="checkbox"/> stark</p> <p><input type="checkbox"/> Linkskurve <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> Gefälle <input type="checkbox"/> gering</p> <p>Verhältnisse an der Unfallstelle</p> <p><input type="checkbox"/> Kreuzung <input type="checkbox"/> Einmündung <input type="checkbox"/> unübersichtliche Ein-/Ausfahrt <input type="checkbox"/> enge Ein-/Ausfahrt <input type="checkbox"/> unübersichtlicher Bahnübergang</p> <p><input type="checkbox"/> Baustelle <input type="checkbox"/> Fahrbahnverengung <input type="checkbox"/> Straßenbahn-/Omnibushaltestelle</p>						
11.	<p>Beleuchtung; Wetterlage</p> <p><input type="checkbox"/> Tageslicht <input type="checkbox"/> Dämmerung <input type="checkbox"/> Dunkelheit <input type="checkbox"/> Mondlicht <input type="checkbox"/> Straßenbeleuchtung</p> <p><input type="checkbox"/> sonnig <input type="checkbox"/> hell, klar <input type="checkbox"/> bedeckt <input type="checkbox"/> trübe, diesig <input type="checkbox"/> Regen</p> <p><input type="checkbox"/> Schneefall <input type="checkbox"/> Hagel <input type="checkbox"/> Windböen <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Nebel: Sichtweite _____ m</p> <p>Blendung der FahrerIn / des Fahrers <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch</p>						
12.	<p>Unfallschilderung</p>						

	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:</p> <p>Länge der Bremsspuren usw., Abstand der Fahrspuren vom Straßenrand bzw. zur Straßenmitte, Lage von abgefallenen Teilen wie Glassplitter usw.),</p> <p>Verkehrszeichen und Markierungen nicht vergessen!</p>												
19.	<p>Unterschrift des Kraftfahrzeugführers / der Kraftfahrzeugführerin des Dienstkraftwagens</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum _____ - Unterschrift -</p>												
20.	<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 1451 576 1509">Zu Nr. _____ Datum</td> <td data-bbox="632 1451 979 1509">Zu Nr. _____ Datum</td> <td data-bbox="1035 1451 1383 1509">Zu Nr. _____ Datum</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Unterschrift</td> <td>Unterschrift</td> <td>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											