

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 style="text-align: center;">_____ 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" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">Zu Nr. _____</td><td style="width: 33%;">Zu Nr. _____</td><td style="width: 33%;">Zu Nr. _____</td></tr><tr><td>Datum</td><td>Datum</td><td>Datum</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td style="text-align: center;">Unterschrift</td><td style="text-align: center;">Unterschrift</td><td style="text-align: center;">Unterschrift</td></tr></table>	Zu Nr. _____	Zu Nr. _____	Zu Nr. _____	Datum	Datum	Datum	_____	_____	_____	Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift
Zu Nr. _____	Zu Nr. _____	Zu Nr. _____											
Datum	Datum	Datum											
_____	_____	_____											
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift											