

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		
	Gegenpartei Fahrzeughalter		Fahrzeugführer
	Anschrift		Anschrift
	Telefon		Telefon
	Name und Anschrift des Haftpflichtversicherers		Versicherungsnummer
2.	Angaben	zum eigenen Fahrzeug	zum fremden Fahrzeug
	a) Amtliches Kennzeichen		
	b) Art, Hersteller und Typ		
	c) Bereifung	<input type="checkbox"/> nicht i.O. <input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> nicht i.O. <input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> unbekannt
	d) Anhänger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u> </u> Amtliches Kennzeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u> </u> Amtliches Kennzeichen
	e) Insassen Name		
	Anschrift		
	Name		
	Anschrift		
3.	Sachschäden		
	a) Fahrzeug		
	b) Sonstige Sachschäden		
	c) Altschäden am Fahrzeug		
d) Bilder, von den Schäden zu a), b) und c) wurden gefertigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sie sind beigelegt <input type="checkbox"/> sie werden nachgereicht		
4.	Personenschäden	eigenes Fahrzeug	fremdes Fahrzeug bzw. Gegenstände
	4.1 Tote/Verletzte Name		
		Anschrift	
	Art der Verletzungen (soweit bekannt)		
Sicherheitsgurt angelegt bzw. Schutzhelm getragen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> entfällt	

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

noch: Unfallschilderung

11. Wer hat nach Ihrer Meinung den Unfall verursacht
 Fremder Fahrer Fremder Fußgänger ich selbst beide Beteiligte

12. Geschätzte Geschwindigkeit vor dem Unfall:
des eigenen Fahrzeugs: km/h des fremden Fahrzeugs: km/h

13. Verkehrstüchtigkeit
Waren Sie übermüdet? Nein ja

Haben Sie in den letzten 8 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich genommen?
Zeitpunkt, Menge und Art
 nein ja

Wurde bei Ihnen eine Blutprobe entnommen?
Name des Arztes, ggf. Anschrift
 nein ja

14. Nur bei Unfällen beim Rückwärtsfahren: Haben Sie sich einweisen lassen?
 ja nein Grund:

15.	<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.),</p> <p>Verkehrszeichen und Markierungen nicht vergessen!</p>									
16.	<p>Name des Kraftfahrzeugführers</p> <hr/> <p>Dienststelle</p> <hr/> <p>Ort, Datum</p> <hr/> <p style="text-align: right;">- Unterschrift -</p>									
17.	<p>Unterschrift(en) der Mitfahrer und ggf. 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></table> <hr/> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">Unterschrift</td><td style="width: 33%; text-align: center;">Unterschrift</td><td style="width: 33%; 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								