



## SCHADENMELDUNG-KRAFTFAHRZEUGE

**Alle Felder sind entsprechend dem Schadenfall auszufüllen!**

**In Druckschrift schreiben, wenn das Formular handschriftlich ausgefüllt wird!**

**Das ausgefüllte Formular ist vom verantwortlichen Vorgesetzten zu prüfen, zu unterschreiben und dann an die KFZ-Verwaltung (kfz-verwaltung@asb-mittelhessen.de) zu schicken!**

### ASB-FAHRZEUG

Kennzeichen:	
Kilometerstand:	

### SCHADENTAG

Schadentag (Datum):		Uhrzeit:	
---------------------	--	----------	--

### SCHADENORT

Straße:		PLZ / Ort:	
---------	--	------------	--

#### Lagebeschreibung:

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Innerhalb geschlossener | <input type="checkbox"/> Außerhalb geschlossener Ortschaft | <input type="checkbox"/> Autobahn    |
| <input type="checkbox"/> Ortschaft Parkplatz     | <input type="checkbox"/> Fremdes Firmengelände             | <input type="checkbox"/> ASB-Gelände |

Erläuterung (Parkplatz, DST ....):	
------------------------------------	--

### FAHRER DES ASB-FAHRZEUGS

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Fahrerlaubnis seit (z.B. 1995):		Lebensalter des Fahrers (z.B. 27):	

#### Beschäftigungsform:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst (BFD) | <input type="checkbox"/> Freiwilliges-Soziales-Jahr (FSJ)     | <input type="checkbox"/> Angestellte Vollzeit |
| <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Mitarbeiter     | <input type="checkbox"/> Angestellte Teilzeit/geringf. Besch. | <input type="checkbox"/> 1 EUR-Jobber         |

- |                                  |                             |                               |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Alkoholttest bei Fahrer?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Teilnahme an ASB-Fahrerschulung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Genehmigte Fahrt?                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |



**EINSATZART**

*Einsatzzweck:*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sondersignalfahrt    | <input type="checkbox"/> Behindertenfahrdienst | <input type="checkbox"/> Krankentransport   |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst       | <input type="checkbox"/> Menü-Service          | <input type="checkbox"/> Pflegedienstfahrt  |
| <input type="checkbox"/> Botenfahrt           | <input type="checkbox"/> SEG                   | <input type="checkbox"/> Katastrophenschutz |
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsfahrt     | <input type="checkbox"/> Sanitätsdienst        | <input type="checkbox"/> Hausnotruf         |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführung     | <input type="checkbox"/> Privatfahrt           |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Dienstfahrt |  |   |

*Sondersignalfahrt mit...*

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blaulicht | <input type="checkbox"/> Martinshorn |
|------------------------------------|--------------------------------------|

Waren zum Zeitpunkt des Unfalls Patienten oder andere Fahrgäste (Nicht-ASB) an Bord?  Ja  Nein

**SCHADENHERGANG**

*Schadenhergang (Kategorie):*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auffahrschaden            | <input type="checkbox"/> Rotlicht überfahren         | <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt |
| <input type="checkbox"/> Abkommen von der Fahrbahn | <input type="checkbox"/> Parkschaden                 | <input type="checkbox"/> Rangierschaden    |
| <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel           | <input type="checkbox"/> Fehlender Seitenabstand     | <input type="checkbox"/> Begegnungsverkehr |
| <input type="checkbox"/> TK-Totaldiebstahl         | <input type="checkbox"/> TK-Einbruch / Teildiebstahl | <input type="checkbox"/> TK-Sturmschaden   |
| <input type="checkbox"/> TK-Wildschaden            | <input type="checkbox"/> TK-Glasschaden              | <input type="checkbox"/> TK-Hagelschaden   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Schadenhergang  |  |  |

*Witterungsverhältnisse:*

- |                                 |                                     |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonne  | <input type="checkbox"/> Regen      | <input type="checkbox"/> Hagel      |
| <input type="checkbox"/> Wolken | <input type="checkbox"/> Schneefall | <input type="checkbox"/> Dämmerung  |
| <input type="checkbox"/> Nebel  | <input type="checkbox"/> Sturm      | <input type="checkbox"/> Dunkelheit |

*Straßenverhältnisse:*

- |                                     |   |                                  |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trocken    | <input type="checkbox"/> Nass                                     | <input type="checkbox"/> Vereist |
| <input type="checkbox"/> Rollsplitt | <input type="checkbox"/> Schmierig (z.B. durch Blütenstaub, Laub) |                                  |

**Wurde der Schaden durch den ASB-Fahrer schuldhaft verursacht  
 (Bitte beantworten Sie diese Frage nur dann mit "Ja", wenn der Schaden eindeutig durch ein alleiniges  
 Fehlverhalten des ASB-Mitarbeiters verursacht wurde!)**

- |                             |                               |                                 |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Unklar |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

Schadenhergang (detaillierte Schilderung):

Skizze Schadenhergang:

	. .
--	--



*Polizeiliche Meldung:*

Tagebuchnummer:		Dienststelle:	
-----------------	--	---------------	--

Unfallgegner wurde verwahrt?  Ja  Nein  
ASB-Fahrer wurde verwahrt?  Ja  Nein

Unfallzeugen:

*Zeuge 1:*

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

*Zeuge 2:*

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

*Weitere Zeugen:*

--

**SCHÄDEN AM ASB-FAHRZEUG**

Sind Schäden am ASB-Fahrzeug entstanden?  Ja  Nein

Schadenhöhe (cirka):	
----------------------	--

Ist das ASB-Fahrzeug einsatzbereit?  Ja  Nein

Wo kann das ASB-Fahrzeug besichtigt werden? Dienststelle  Ja  Nein

Anderer Ort:	
--------------	--

**UNFALLBETEILIGTE**

*Beteiligter 1:*

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			



*Beteiligter 2:*

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

*Beteiligter 3:*

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ / Ort:	
Telefon:			

Weitere Angaben:

--

**SCHÄDEN BEIM UNFALLGEGNER / DRITTEN**

Kamen eine / mehrere Personen zu Schaden?  Ja  Nein

Name(n) der geschädigten Person(en):	
Art der Verletzung(en):	

Gibt es Schäden am Fahrzeug des Unfallgegners?  Ja  Nein

Amtliches Kennzeichen:	
Baujahr:	
Schadenhöhe:	
Fahrzeug Typ (Hersteller, Modell):	
Versichert bei:	
Versicherungsschein-Nr.:	

Wurde fremdes Eigentum beschädigt?  Ja  Nein

Was?	
------	--



**AUTHENTIFIZIERUNG**

Unterschrift Fahrer / FahrerIn:	
Tel-Nr. für evtl. Rückfragen	
Ort und Datum der Schadenmeldung:	

**Das ausgefüllte Formular ist vom verantwortlichen Vorgesetzten zu prüfen, zu unterschreiben und dann an die KFZ-Verwaltung (kfz-verwaltung@asb-mittelhessen.de) zu schicken!**

<b>Gesehen:</b>	<b>Datum/Unterschrift</b>
BL Rettungsdienst	
FBL Leben im Alter	
Leitung HNRS	
Teamleitung MenüS	
BL Päd. Dienste	
Geschäftsführung	

Legende: BL = Bereichsleitung, FBL = Fachbereichsleitung