



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...

- Blaulicht 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!)*

- Ja Nein 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!

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

Legende: BL = Bereichsleitung, FBL = Fachbereichsleitung