

Name, Vorname, Wohnort (Straße, PLZ, Ort)

Regierung von Mittelfranken  
Postfach 6 06  
91511 Ansbach

**Ausfüllanleitung**

1. Die Haftpflicht-Schadenanzeige ist durch den staatlichen Bediensteten zu erstatten, aus dessen Verantwortungsbereich der Anspruch hergeleitet wird (nicht durch z. B. den Geschädigten).
2. Füllen Sie den Teil I sorgfältig aus und unterschreiben Sie ihn. Striche, ähnliche Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. Bei mehreren Geschädigten oder Verantwortlichen bitte für jeden eine gesonderte Anzeige.
3. Legen Sie bisherigen Schriftverkehr (z. B. mit dem Anspruchsteller oder Versicherungen) bei.
4. Erkennen Sie keine Ansprüche an.
5. Legen Sie die Schadenanzeige der Schulleitung vor (Teil II).
6. Die Schulleitung reicht die Schadenanzeige an das Schulamts weiter (Teil III; nur bei Grund- und Hauptschulen).
7. Die Schadenanzeige wird der Regierung vorgelegt.

**I. Haftpflicht-Schadenanzeige für staatliche Schulen**

**A. Allgemeine Fragen**

1	<b>Schadentag und Schadenort</b>	Datum         2   0       Uhrzeit 	Schadenort (Ort, Straße, Haus-Nr., ggf. Etage)	
2	<b>Geschädigter/ Anspruchsteller</b>	Name, Vorname		Telefon (mit Vorwahl-Nr.)
		Straße, PLZ, Wohnort		E-Mail-Adresse
		Besteht häusliche Gemeinschaft mit dem Schädiger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Sind Sie mit dem Geschädigten verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<b>Gesetzlicher Vertreter</b>	Name, Vorname		Telefon (mit Vorwahl-Nr.)
		Straße, PLZ, Wohnort		Beruf
		E-Mail-Adresse		
<b>Bankverbindung</b>	IBAN		Name des Kontoinhabers	
3	<b>Sind bereits Ansprüche geltend gemacht worden?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	am         2   0       von (Name, Vorname) Straße, PLZ, Wohnort in Höhe von €	
4	<b>Wer hat den Schaden verursacht oder wird verantwortlich gemacht?</b>	Name, Vorname <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beschäftigter		Geburtsdatum
		Straße, PLZ, Wohnort		Telefon (privat)
		E-Mail-Adresse der Dienststelle		Amts- oder Dienstbezeichnung
		Dienststelle (mit Ortsangabe)		Telefon (dienstlich)
		E-Mail-Adresse (dienstlich)		
5	<b>Schadenschilderung</b> (Bitte geben Sie eine ausführliche Schilderung des Schadenhergangs; ggf. gesondertes Blatt beifügen)	<input type="checkbox"/> Bitte Skizze beifügen.		
6	<b>Welche Zeugen können Sie benennen?</b>	1. Name, Vorname		Telefon (mit Vorwahl-Nr.)
		Straße, PLZ, Wohnort		
		2. Name, Vorname		Telefon (mit Vorwahl-Nr.)
		Straße, PLZ, Wohnort		
7	<b>Erfolgte polizeiliche Aufnahme?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Polizei-Dienststelle	Aktenzeichen
8	<b>Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
		gegen Behörde/Staatsanwaltschaft		Aktenzeichen

## B. Nur bei Sachschäden ausfüllen!

9	<b>Welche Sachen wurden beschädigt?</b> (Bitte Art und Umfang der Beschädigung angeben!)				
10	<b>Schadenhöhe?</b>	Anschaffungsjahr	Anschaffungspreis €	Ist eine Reparatur möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie hoch schätzen Sie den Schaden? €
11	<b>Hatten Sie die beschädigte(n) Sache(n) ...</b>	<input type="checkbox"/> gemietet? <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> in Verwahrung? <input type="checkbox"/> zu bearbeiten? <input type="checkbox"/> zu reparieren? <input type="checkbox"/> zu befördern?			

## C. Nur bei Personenschäden ausfüllen!

12	<b>Angaben über verletzte Person</b> (Bei mehreren Verletzten gesondertes Blatt beifügen.)	Name, Vorname			
		Straße, PLZ, Wohnort			
		Alter	Jahre	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	Anzahl und Alter der Kinder
		Beruf/Amtsbezeichnung			
		Beschäftigt bei (Name, Anschrift)			
13	<b>Art und Umfang der Verletzung(en)</b>				
14	<b>Erfolgte ambulante ärztliche Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name des Arztes		Telefon (mit Vorwahl-Nr.)
		Anschrift des Arztes			
15	<b>Erfolgte Aufnahme in ein Krankenhaus?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Krankenhaus		Telefon (mit Vorwahl-Nr.)
		Anschrift			
16	<b>Welcher Krankenkasse gehört der Verletzte an?</b>				
17	<b>Welcher Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an?</b>	Name, Anschrift			
18	<b>Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?</b>	Name, Anschrift			Bitte Abschrift der Unfallmeldung - falls vorhanden - beifügen!
19	<b>Handelt es sich um einen Dienst- bzw. Arbeitsunfall?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja <input type="checkbox"/> Der Unfall ereignete sich auf dem Weg von der/zur Arbeit. <input type="checkbox"/> bei der Arbeit.		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift auf Dienstpflicht, dass alle Fragen dieser Schadenanzeige **ausnahmslos vollständig und richtig** beantwortet sind. Dies gilt auch für den Fall, dass ich nicht selbst geschrieben habe.

Ort, Datum

Unterschrift

## II. Sichtvermerk der Schulleitung

Von der Schadenanzeige wurde Kenntnis genommen. Der dienstliche Charakter der dem Schaden zu Grunde liegenden Veranstaltung

wird  wird nicht

bestätigt. (Für eine eventuelle Stellungnahme der Schulleitung bitte gesondertes Blatt verwenden).

Ort, Datum

Stempel der Schule  
Unterschrift des/der Schulleiters/Schulleiterin

## III. Sichtvermerk Schulamt

(nur bei Grund- und Hauptschulen)

Raum für Eingangsstempel

Staatliches Schulamt

Von der Schadenanzeige wurde Kenntnis genommen.  
(Für eine eventuelle Stellungnahme des Schulamtes bitte gesondertes Blatt verwenden.)

Ort, Datum

Unterschrift