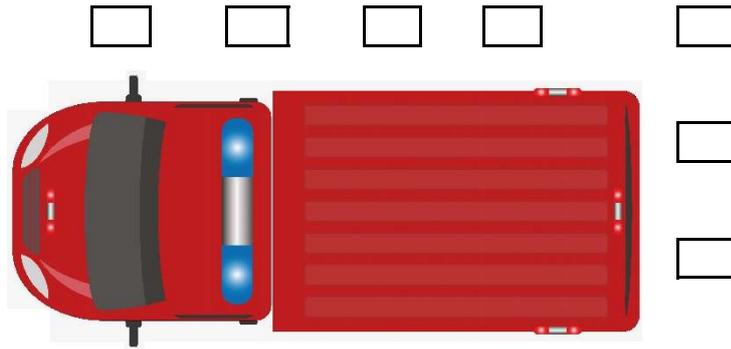


**Checkliste Unfall Sonder- und Einsatzfahrzeuge
 (Sach- und Personenschäden)**

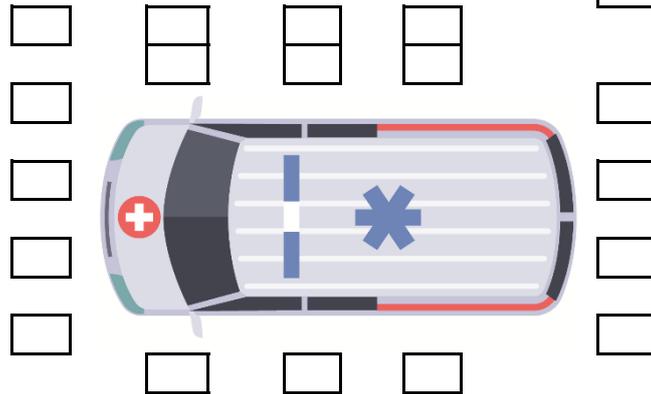
Anstoßgrafik:

Dach:

Unterboden:



Schadenhergang:



Unfalltag:

Unfallzeit:

Unfallort:

Unfall als Wegerechtsfahrzeug?

ja nein

Unfall als Sonderrechtsfahrzeug?

ja nein

Unfall unter Einsatz der Sondersignalanlage?

ja nein

Kennzeichen/ Versicherer Unfallgegner:

Fahrzeug verkehrssicher nach StVO?

ja nein

Haftpflichtschaden (unverschuldet)?

ja nein

Teilkaskoschaden (z.B. Wild- & Glasschäden)

ja nein

Vollkaskoschaden

ja nein

Teilschuld/ Schuldfrage unklar? (z.B. Spurwechsel)

ja nein

Hakenlast Schaden (Schaden durch Abschleppen)

ja nein

Betriebsschaden (Schaden durch den Fahrzeugbetrieb)

ja nein

Anlage I: Fahrzeugaufbauten und Fahrzeuginhalte zum Unfallzeitpunkt

Beschädigung an Aufbauten (z.B.
Kofferaufbau/ Markiese):

ja nein

Fahrzeugunterlagen
(Zulassungsbescheinigung Teil I):

ja nein

Beschädigung am Fahrzeugaufbau?

ja nein

Brille zum Fahrzeug führen:

ja nein

elektronische Geräte (z.B. Funk, Beleuchtung):

Smartphone/ Handy/ Tablet/ PC/ Laptop:

Dienstunterlagen/ Akten/ Bücher

externe Navigationsgeräte:

ja nein

Fahrtenbuch (auch elektronisches):

ja nein

Park-/ Sonderausweise:

ja nein

Vignetten (Dauer der Nutzung):

ja nein _____

Schutzausrüstung:

Werkzeuge/ (Einsatz-) Geräte:

Schlüssel/ Transponder/ Karten:

Arbeitskleidung

Erste Hilfe Set genutzt bei Unfall?

ja nein

Feuerlöscher im Fahrzeug?

ja nein

Transportgut beschädigt?

ja nein

Verbaute Aggregate in Funktion?

ja nein

vorhandene Transportbehälter:

ja nein

Sonstiges/ Ergänzungen:

Anlage II: Personenschäden zum Unfallzeitpunkt

Sichtbare Blutungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wo _____
Knochenbrüche (sichtbar)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Einschränkung der Extremitäten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Einschränkung _____
Hör-, Seh- & Sprachsinn vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Einschränkung _____
Gehör- & Orientierungssinn ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Einschränkung _____
Erbrechen/ Einnäßen im Fahrzeug?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
uneingeschränkte Beweglichkeit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Einschränkung _____
Bauch-/ Brustschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wangen-/ Zungenbiss	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Beschädigung von/ an Prothesen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Tastsinn/ Atmung vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Einschränkung _____

Sonstiges/ Ergänzungen:

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer I

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer II

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer III

Ort/ Datum

Unterschrift Fahrer