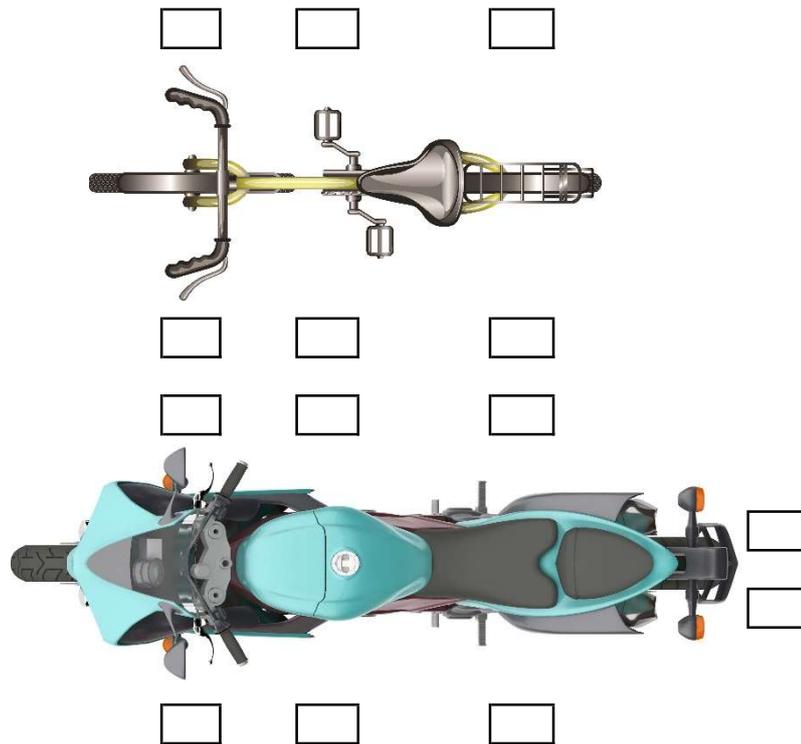


**Checkliste Unfall Fahrrad, e-Bike, Roller,
 Motorrad (Sach- und Personenschäden)**

Anstoßgrafik:



Unfalltag: _____

Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Polizei gerufen? ja nein

Fahrzeug verkehrssicher im Sinne der StVO? ja nein

Fahrzeug wurde abgeschleppt? ja nein

Kennzeichen/ Versicherer Unfallgegner: _____

Zeugen (nicht Mitfahrer)? 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 Fahrzeugbetrieb) ja nein

Anlage I: Fahrzeuganbauten und Bekleidung Unfallzeitpunkt

Sicherheitsbekleidung (Motorradhelm, Handschuhe, Jacke, Schutzhose, Schutzschuhe) ja nein

Fahrzeugunterlagen (Zulassungsbescheinigung Teil I): ja nein

Beschädigung Anhänger/ Auffleger ja nein

Brille zum Fahrzeug führen: ja nein

elektronische Geräte: _____

Smartphone/ Handy/ Tablet/ TV/ Laptop: _____

Dienstunterlagen/ Akten/ Bücher _____

externe Navigationsgeräte: ja nein

Fahrtenbuch (auch elektronisches): ja nein

Park-/ Sonderausweise: ja nein

Vignetten (Dauer der Nutzung): ja nein _____

Bekleidung/ Schmuckstücke: _____

Werkzeuge/ Geräte/ Ware: _____

Schlüssel/ Transponder/ Karten: _____

Transportbehälter/ Boxen: _____

Erste Hilfe Set genutzt bei Unfall? ja nein

Medikamente in den Transportboxen? ja nein

Ware/ Transportgut beschädigt? ja nein

Kühlung/ Thermoaggregat in Funktion? ja nein

weitere Schutzausrüstung 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 (kognitiv) ?	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	_____
Organ-, Bauch-, Brust-, Herzschmerzen?	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

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer IV