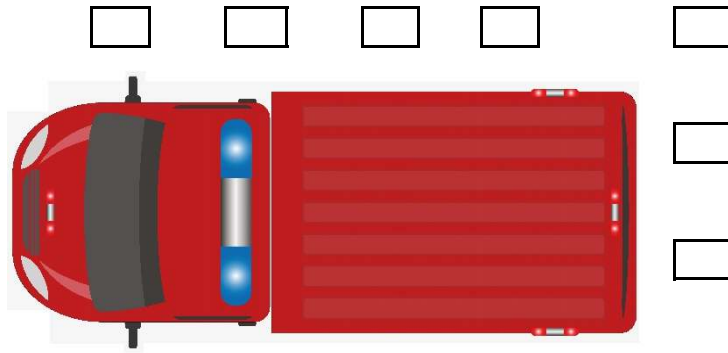


**Checkliste Unfall Sonder- und Einsatzfahrzeuge  
 (Sach- und Personenschäden)**

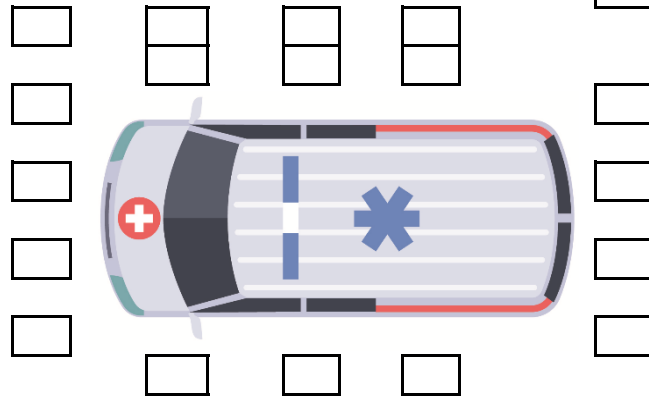
**Anstoßgrafik:**

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