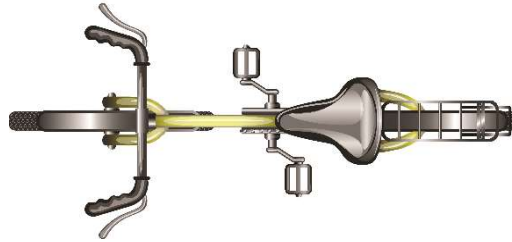


**Checkliste Unfall Fahrrad, e-Bike, Roller,  
 Motorrad (Sach- und Personenschäden)**

Anstoßgrafik:

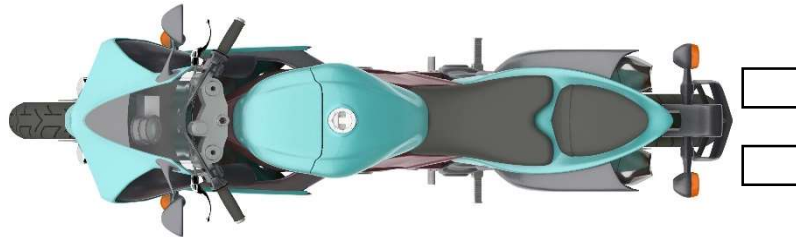


Bilder vom Unfallort?

Ja

Nein

Eigenes Kennzeichen



Unfalltag:

\_\_\_\_\_

Unfallzeit:

\_\_\_\_\_

Unfallort (Straße, Ort, Km-Abschnitt):

\_\_\_\_\_

Polizei gerufen? Aktenzeichen:

ja  nein

Fahrzeug verkehrssicher im Sinne der StVO?

ja  nein

Fahrzeug wurde abgeschleppt?

ja  nein

Kennzeichen/ Versicherer Unfallgegner:

\_\_\_\_\_

Zeugen (Name, Kontakt)

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

Unfallhergang/ 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	_____

Wegeunfall/ Ergänzungen:

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer I

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer II

Symptome/ Beschwerden Mitfahrer III

Ort/ Datum

Unterschrift Fahrer