

Checkliste Unfall PKW (Sach- und Personenschäden)

Schadenhergang:

Bilder vom Unfallort?

Ja: Nein:

Eigenes Kennzeichen

Anstoßgrafik PKW:

Dach:

Unterboden:



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 ?

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: Fahrzeugaufbauten und Fahrzeuginhalte zum Unfallzeitpunkt

Beschädigung an Aufbauten (z.B.
Anhängierzugvorrichtung):

ja nein

Fahrzeugunterlagen
(Zulassungsbescheinigung Teil I):

ja nein

Kindersitze: Anzahl

Brille zum Fahrzeug führen:

ja nein

medizinische Geräte (z.B. Hörgeräte):

Smartphone/ Handy/ Tablet/ Laptop:

Dienstunterlagen/ Akten/ Bücher

externe Navigationsgeräte:

ja nein

Fahrtenbuch (auch elektronisches):

ja nein

Park-/ Sonderausweise:

ja nein

Vignetten:

ja nein

Bekleidung/ Schmuckstücke:

Werkzeuge/ Geräte/ Ware:

Schlüssel/ Transponder/ Karten:

vorhandene Transportbehälter:

Erste Hilfe Set genutzt bei Unfall?

ja nein

Medikamente im Fahrzeug?

ja nein

Ergänzungen/ Sonstiges:

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

Ort/ Datum

Unterschrift Fahrer