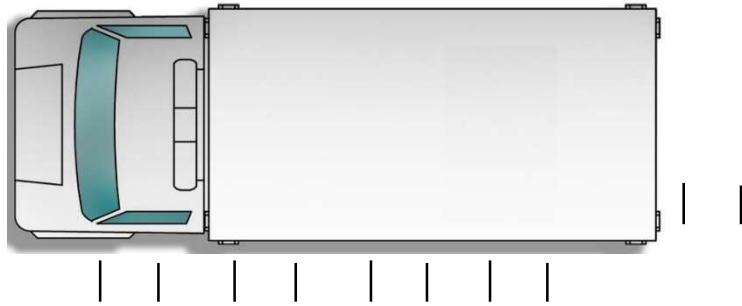
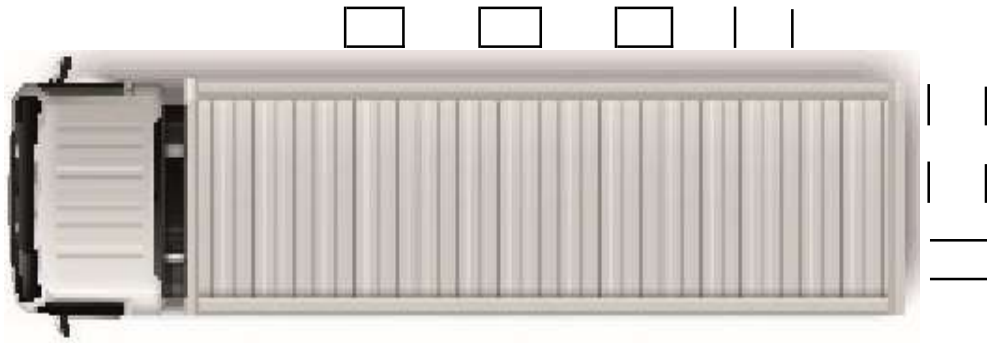


Checkliste Unfall Transporter LKW (Sach- und Personenschäden)

Schadenhergang:



Anstoßgrafik:



Eigenens 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 ?

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. Anhängerzugvorrichtung, Sattelkupplung): ja nein

Fahrzeugunterlagen (Zulassungsbescheinigung Teil I): ja nein

Beschädigung Anhänger/ Auffleger ja nein

Brille zum Fahrzeug führen: ja nein

elektronische Geräte (z.B. Kühlschrank): _____

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: _____

vorhandene Transportbehälter: _____

Erste Hilfe Set genutzt bei Unfall? ja nein

Medikamente im Fahrzeug? ja nein

Ware/ Transportgut beschädigt? ja nein

Kühlung/ Thermoaggregat in Funktion? ja nein

Arbeitskleidung/ 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

Ort/ Datum

Unterschrift Fahrer