

# Fußgänger \_\_\_\_\_ :

**Fußgänger-  
grunddaten:**

**Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsname:** \_\_\_\_\_  
**Vorname(n):** \_\_\_\_\_ **Titel / Zusatz:** \_\_\_\_\_  
**Geb.-Ort::** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_  
**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_  
**Wohnort::** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_  
**Zusatz zum Wohnort::** \_\_\_\_\_  
**Telefon 1:** \_\_\_\_\_ **Telefon 2:** \_\_\_\_\_  
**Ident.-Feststellung durch:** \_\_\_\_\_

**Fußgänger-  
zusatzdaten:**

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg  
**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre **Körperform:** \_\_\_\_\_  
**Haarfarbe:** \_\_\_\_\_ **Haarlänge:** \_\_\_\_\_

**Bekleidung:**

Kopfbedeckung: **Art (Mütze, Kapuze,...):** \_\_\_\_\_  
**Farbe:** \_\_\_\_\_ **Material/Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
**Spuren\*:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Verbleib / Sicherstellung\*\*):** \_\_\_\_\_

Oberbekleidung: **Art (Jacke, Pullover, T-Shirt,...):** \_\_\_\_\_  
**Farbe:** \_\_\_\_\_ **Material / Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
**Spuren\*:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Verbleib / Sicherstellung\*\*):** \_\_\_\_\_

Hose: **Art und Form:** \_\_\_\_\_  
**Farbe:** \_\_\_\_\_ **Material / Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
**Spuren\*:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Verbleib / Sicherstellung\*\*):** \_\_\_\_\_

Schuhe: **Art:** \_\_\_\_\_  
**Farbe:** \_\_\_\_\_ **Material / Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
**Spuren (insbesondere Sohlenabrieb) linker Schuh:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Spuren (insbesondere Sohlenabrieb) rechter Schuh:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Verbleib / Sicherstellung\*\*):** \_\_\_\_\_

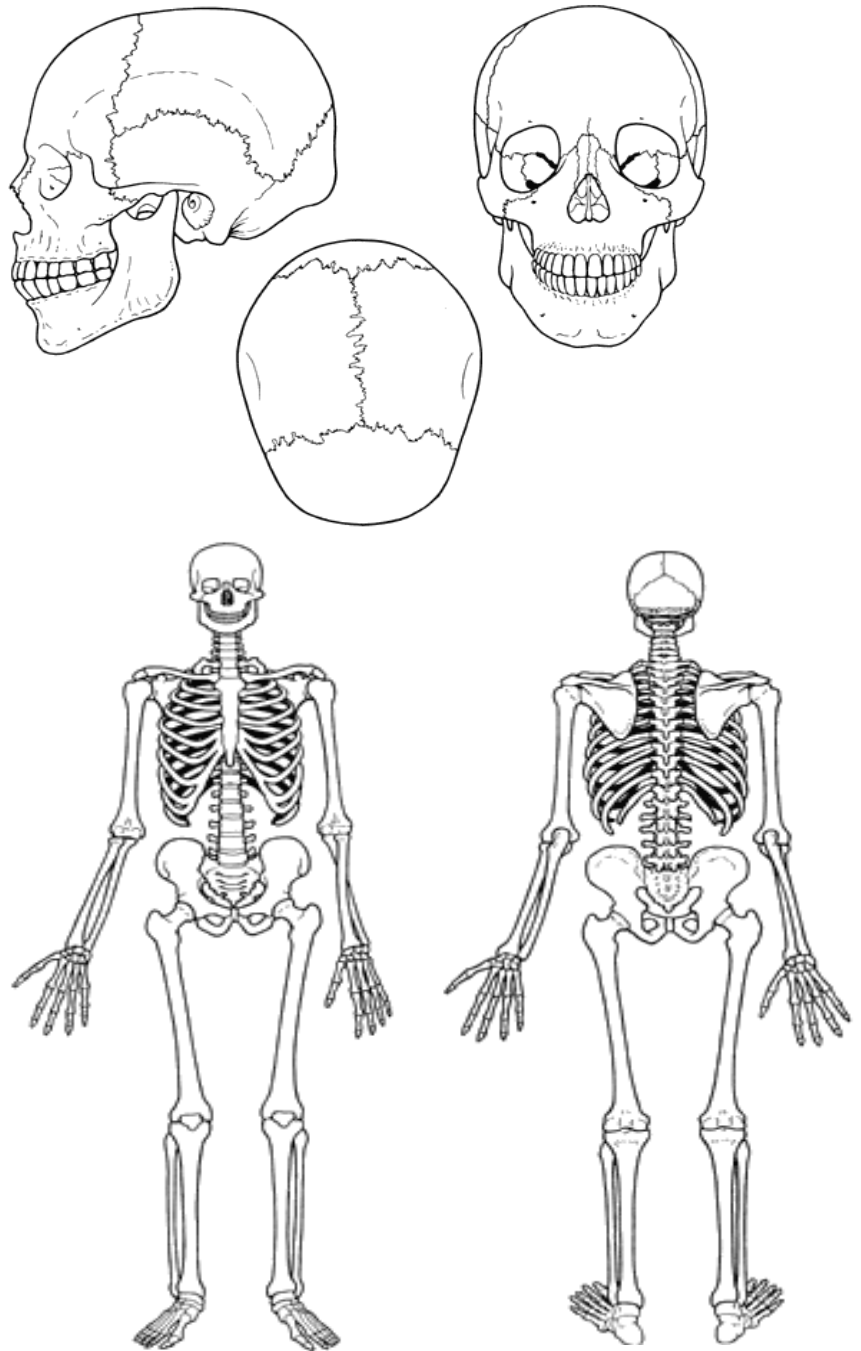
\*) mögliche Spuren: Abrieb, Anschmelzungen, Einrisse, Aufrieb, Antragungen von Blut, Schmutz, Gummi u.ä., Einbettung von Lack, Glas und Kunststoffpartikel

\*\*) Oberbekleidung und Schuhe möglichst sicherstellen

**Mitgeführte Gegenstände:**

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> (Regen-)Schirm
<input type="checkbox"/> Rucksack	<input type="checkbox"/> Tasche	<input type="checkbox"/> Tüte	<input type="checkbox"/> Korb
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____			

**Verletzungen:**



- F = Fraktur
- Fo = offene Fraktur
- P = Prellung
- ST = Stauchung
- PL = Platzwunde
- RQ = Reiß- / Quetschwunde
- AB = Abriss kompletter Körperteile
- SW = Schürfwunde
- GE = Gehirnerschütterung
- SHT = Schädel-Hirn-Trauma
- SHTo = offenes Schädel-Hirn-Trauma

Abkürzungen in betroffene Körperregionen eintragen

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ambulant     | <input type="checkbox"/> über Nacht zur Beobachtung | <input type="checkbox"/> stationär          |
| <input type="checkbox"/> Lebensgefahr | <input type="checkbox"/> vor Ort gestorben          | <input type="checkbox"/> im Krhs. gestorben |

Angehörige / Benachrichtigung: \_\_\_\_\_

**Todesfeststellung** durch: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

Verbleib des Leichnams: \_\_\_\_\_ Bestatter: \_\_\_\_\_

Pkw \_\_\_\_\_:

Kennzeichen: _____	Zusatz/Nat.: _____	Kennzeichen-Farbe: _____
Fahrzeughersteller: _____	Schlüssel-Nr.: _____	Fahrzeugmodell: _____
Fahrzeugform:	<input type="checkbox"/> Pontonform (konventionelle Pkw-Front)	<input type="checkbox"/> Kastenform (Transporter, Lkw)
	<input type="checkbox"/> Keilform (sportliches Fahrzeug)	<input type="checkbox"/> sonstige: _____

**Zusatzdaten** (falls erforderlich):

Erstzulassung: \_\_\_\_\_ HU-Termin: \_\_\_\_\_ Kilometerstand: \_\_\_\_\_  
 zGG: \_\_\_\_\_ Leergewicht: \_\_\_\_\_ Hubraum: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

## Getriebeart:

Schaltgetriebe mit \_\_\_ Gängen (eingelegter Gang: \_\_\_\_\_)  Automatikgetriebe (eingelegte Stufe: \_\_\_\_\_)

**Beschädigungen / Spuren:**

Frontstoßfänger:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> mitte	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> leicht / stark zerkratzt	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> ein- / aufgerissen	<input type="checkbox"/> Aufrieb
Frontstoßfängerecke:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> leicht / stark zerkratzt	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> ein- / aufgerissen	<input type="checkbox"/> Aufrieb
Frontschürze:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> mitte	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> leicht / stark zerkratzt	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> ein- / aufgerissen	<input type="checkbox"/> Aufrieb
Nummernschild vorn:	<input type="checkbox"/> leicht / stark deformiert	<input type="checkbox"/> abgerissen	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> Aufrieb		
Scheinwerfer / Blinker:	<input type="checkbox"/> vorn links	<input type="checkbox"/> vorn rechts	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> Glas eingeringt / zerstört	<input type="checkbox"/> Gehäuse eingedrückt		<input type="checkbox"/> Aufrieb
Motorhaube:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> mitte	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Kratzer	<input type="checkbox"/> Aufrieb	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> leicht / stark eingedrückt
Frontscheibe	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> mitte	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> gesplittert	<input type="checkbox"/> aufgerissen	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> Haar-/Gewebe-/Textil-Antragungen
A-Holm:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> Kratzer	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> Aufrieb	<input type="checkbox"/> Haar-/Gewebe-/Textil-Antragungen
Kotflügel vorn:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> leicht / stark zerkratzt	<input type="checkbox"/> eingedrückt	<input type="checkbox"/> Wischspuren	<input type="checkbox"/> Aufrieb
Außenspiegel:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> nach hinten / vorn angeklappt	<input type="checkbox"/> abgerissen		

Sonstige Spuren und Beschädigungen / Bemerkungen:

---



---



---



---

<b>Fahrzeugführer:</b>	<b>Nachname:</b> _____	Geburtsname: _____
	Vorname(n): _____	Titel / Zusatz: _____
	Geb.-Ort:: _____	Geb.-Datum: _____
	Staatsangehörigkeit: _____	Beruf: _____
	Wohnort:: _____	Straße: _____
	Zusatz zum Wohnort:: _____	
	Telefon 1: _____	Telefon 2: _____
	Bemerkungen: _____	

<b>Führerschein-daten:</b>	FE-Klassen: _____	Ausstell.-Datum: _____
	Ausstellende Behörde: _____	
	Vordruck-Nr.: _____	Listen-Nr.: _____
	Bemerkungen / Auflagen: _____	
	Sonder-FE: _____	

<b>Verletzungen:</b> _____
Krankenhaus: _____

<b>Fahrzeughalter:</b>	<input type="checkbox"/> Halter = Führer	<input type="checkbox"/> Halter = Mitfahrer _____
	<b>Nachname:</b> _____	Geburtsname: _____
	Firma: _____	
	Vorname(n): _____	Titel / Zusatz: _____
	Geb.-Ort:: _____	Geb.-Datum: _____
	Staatsangehörigkeit: _____	Beruf: _____
	Wohnort:: _____	Straße: _____
	Zusatz zum Wohnort:: _____	
	Telefon 1: _____	Telefon 2: _____
	Bemerkungen: _____	

Sonstige Bemerkungen / Ergänzungen:
_____
_____
_____