



Unfallmeldung für Erwerbstätige

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

Landesstelle Graz für Steiermark und Kärnten, Göstinger Straße 26, 8021 Graz, Tel. 0316 505, Fax 0316 505-2409

Landesstelle Linz für Oberösterreich, Garnisonstraße 5, Postfach 299, 4017 Linz, Tel. 0732 23 33, Fax 0732 23 33-8300

Landesstelle Salzburg für Salzburg, Tirol und Vorarlberg, Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg, Tel. 0662 21 20, Fax 0662 21 20-4401

Landesstelle Wien für Wien, Niederösterreich und Burgenland, Webergasse 4, 1203 Wien, Tel. 01 331 33, Fax 01 331 33-530

WICHTIG: Unfall-Meldepflicht binnen fünf Tagen besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit. Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

1. Unfallzeitpunkt Datum

Wochentag

Uhrzeit

DATEN DES BETRIEBES/DER ARBEITSSTÄTTE

2. Arbeitgeber

Selbständiger

Beschäftigter

Firmenname

Adresse

PLZ/Ort

Art des Betriebes

Dienstgeberkontonummer

Anzahl der Beschäftigten im gesamten Betrieb

3. Bei Arbeitskräfteüberlassung - bitte auch Punkt 3 ausfüllen!

(soweit Firmendaten des überlassenden Dienstgebers bekannt)

Firmenname

Adresse

PLZ/Ort

Dienstgeberkontonummer

Kontaktperson (Name)

Tel.

DATEN DER VERUNFALLTEN PERSON

4. FAMILIENNAME

Vorname

Wohnadresse

PLZ/Ort

5. Vers.-Nr. Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

6. Geschlecht

männlich

weiblich

7. Krankenkasse

8. Nationalität

9. Im Betrieb seit

beschäftigt als

10. Dienstverhältnis Freier Dienstnehmer

Arbeiter

Angestellter

Lehrling

Vollzeit

Teilzeit

unbefristet

befristet

11. Arbeitszeit am Unfalltag

Beginn

Uhr

Ende

Uhr

Überstunden

Beginn

Uhr

Ende

Uhr

ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

12. Arbeitsplatz, an dem sich der Unfall ereignet hat <input type="checkbox"/> im Betrieb <input type="checkbox"/> nicht im Betrieb (genaue Anschrift)		
Genauere Unfallstelle/Maschine		
13. Art der Arbeit am Unfalltag (z. B. Abbrucharbeiten, Bodenbearbeitung, Maschinenreparatur, Pflegedienst, Malerarbeiten, Reinigungsarbeiten)		
14. Unfallhergang (genaue Tätigkeit, Verletzung bewirkende Gegenstände/Arbeitsstoffe, beteiligte Betriebseinrichtungen, Umfeldbedingungen)		
Schilderung des Unfalles durch <input type="checkbox"/> Verunfallten selbst <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen <input type="checkbox"/> Vorgesetzten <input type="checkbox"/> andere Person		
15. Verletzter Körperteil mit Körperseite (z. B. linke Hand)	16. Verletzungsart (z. B. Bruch, Verbrennung, Schnittwunde)	
17. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen <input type="checkbox"/> Verunfallter allein <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen <input type="checkbox"/> andere Personen (Name, Adresse, Tel.)	18. Bei Wegunfällen <input type="checkbox"/> zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> von der Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> Dienstweg <input type="checkbox"/> sonst. Weg (Zweck) Ausgangsort Zielort	
19. Rettungseinsatz <input type="checkbox"/> ja Organisation (z. B. Rotes Kreuz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		
20. Erhebung durch <input type="checkbox"/> Polizei Dienststelle <input type="checkbox"/> Arbeitsinspektion Dienststelle		
21. Arbeit eingestellt <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> gar nicht, hat weitergearbeitet <input type="checkbox"/> später Datum Uhrzeit	22. Unfall mit tödlichem Ausgang Hat die verunglückte Person Angehörige? (wenn bekannt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind(er)	
23. Krankenstand <input type="checkbox"/> dauert noch an <input type="checkbox"/> kein Krankenstand <input type="checkbox"/> bereits beendet am		
24. Behandlung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär Wann und welches?	25. Arztbehandlung (nicht im Krankenhaus) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arztname Adresse	
26. Die Unterweisungspflicht im Sinne des § 14 ASchG ist in jedem Fall zu beachten! Haben Sie bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren gemäß § 4 ASchG Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung solcher oder ähnlicher Unfälle vorgesehen oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, wann und welche? <input type="checkbox"/> nein, warum nicht?		
27. Name und Funktion des Erstellers Name und Funktion des Vorgesetzten Kontaktdaten Tel. Fax E-Mail		
28. Ort Datum der Ausfertigung	Firmenstempel und firmenmäßige Zeichnung	ZVA-003-10/2007e - Seite 2 von 2 AZ der AUVA