



# Unfallmeldung

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

**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 (Wochentag, Datum, Uhrzeit)

## DATEN DES BETRIEBES/DER ARBEITSSTÄTTE

2. Arbeitgeber (Firma) Anschrift (Arbeitsstätte) PLZ/Ort Tel./Fax für Rückfragen Art des Betriebes	3. Name und Funktion des Erstellers der Unfallmeldung  Name des zuständigen Vorgesetzten des Verunfallten
4. Anzahl der an der Arbeitsstätte oder Baustelle Beschäftigten	5. zuständige Krankenkasse und Dienstgeberkontonr. <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang.

## DATEN DES/DER VERUNFALLTEN

6. FAMILIENNAME Vorname  Wohnanschrift	7. Vers.-Nr. Geburtsdatum Tag Monat Jahr <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				8. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
9. Staatsbürgerschaft					
10. im Betrieb seit: beschäftigt als:	11. <input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> angelehrt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter				
12. Arbeitszeitregelung <input type="checkbox"/> Vollarbeitszeit Überstunden am Unfalltag	<input type="checkbox"/> Teilzeit Stunden/Woche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
13. (geplante) Arbeitszeit am Unfalltag Beginn: Ende:					

## ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

14. Arbeitsplatz/Maschine, wo sich der Unfall ereignete <input type="checkbox"/> im Betrieb (genaue Unfallstelle) <input type="checkbox"/> nicht im Betrieb (genaue Anschrift der Unfallstelle) <input type="checkbox"/> in einem anderen Betrieb (Name und Anschrift)	
15. Unfallhergang (bitte unbedingt Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und Unfallursache angeben)  Schilderung des Unfalles durch <input type="checkbox"/> Verunfallten selbst <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen <input type="checkbox"/> Vorgesetzten <input type="checkbox"/> andere Person	
16. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen <input type="checkbox"/> Verunfallter allein <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen (Name, Anschrift) <input type="checkbox"/> andere Personen (Name, Anschrift)	17. Bei Wegunfällen <input type="checkbox"/> zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> von der Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> Dienstweg <input type="checkbox"/> sonstiger Weg  Ausgangsort: Zielort: Zweck des Weges:
18. Rettungseinsatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
19. Erhebung durch Polizei/Gendarmerie? <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
20. Verletzter Körperteil (Körperseite?)	21. Verletzungsart
22. Arbeit eingestellt <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> gar nicht, hat weiter gearbeitet <input type="checkbox"/> später (Datum und Uhrzeit)	23. Unfall mit tödlichem Ausgang? <input type="checkbox"/> ja Angehörige? <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind(er)
24. Krankenstand <input type="checkbox"/> dauert noch an <input type="checkbox"/> kein Krankenstand <input type="checkbox"/> bereits beendet am:	
25. Behandlung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	26. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein
27. Haben Sie bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren gemäß § 4 ASchG (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung solcher oder ähnlicher Unfälle vorgesehen oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein, warum nicht?	

**Die Unterweisungspflicht im Sinne des § 14 ASchG ist in jedem Fall zu beachten!**

28. Ort, Datum der Austerlegung	Firmenstempel und firmenmäßige Zeichnung
---------------------------------	--

U.-Nr.

ZVA-003-0703e

DVR: 0024163

## Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Dienststellen der AUVA	Anschrift	Telefon	Fax
<b>Landesstelle Graz</b> für Steiermark und Kärnten	Göstinger Straße 26 A-8021 Graz	(0316) 505-0	(0316) 505-2409
<b>Außenstelle Klagenfurt</b>	Waidmannsdorfer Str. 35 A-9021 Klagenfurt	(0463) 58 90-0	(0463) 58 90-4040
<b>Landesstelle Linz</b> für Oberösterreich	Blumauer Platz 1 A-4021 Linz	(0732) 69 20-0	(0732) 69 20-562
<b>Landesstelle Salzburg</b> für Salzburg, Tirol und Vorarlberg	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 A-5010 Salzburg	(0662) 21 20-0	(0662) 21 20-4401
<b>Außenstelle Dornbirn</b>	Eisengasse 12 A-6850 Dornbirn	(05572) 269 42-0	(05572) 269 42-85
<b>Außenstelle Innsbruck</b>	Meinhardstraße 16 A-6020 Innsbruck	(0512) 520 55-0	(0512) 520 55-85
<b>Landesstelle Wien</b> für Wien, NÖ und Burgenland	Webergasse 4 A-1203 Wien	(01) 331 33-0	(01) 331 33-530
<b>Außenstelle Oberwart</b>	Hauptplatz 11 A-7400 Oberwart	(03352) 353 56-0	(03352) 353 56-606
<b>Außenstelle St. Pölten</b>	Wiener Straße 54 3100 St. Pölten	(02742) 258 950-0	(02742) 258 950-606