



# 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

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

## DATEN DES/DER VERUNFALLTEN

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

## ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

<b>14. Arbeitsplatz/Maschine, wo sich der Unfall ereignete</b> <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)	
<b>15. Unfallhergang</b> (bitte <b>unbedingt</b> 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	
<b>16. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen</b> <input type="checkbox"/> Verunfallter allein <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen (Name, Anschrift)  <input type="checkbox"/> andere Personen (Name, Anschrift)	<b>17. Bei Wegunfällen</b> <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:
<b>18. Rettungseinsatz?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<b>19. Erhebung durch Polizei/Gendarmerie?</b> <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<b>20. Verletzter Körperteil</b> (Körperseite?)	<b>21. Verletzungsart</b>
<b>22. Arbeit eingestellt</b> <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> gar nicht, hat weiter gearbeitet <input type="checkbox"/> später (Datum und Uhrzeit)	<b>23. Unfall mit tödlichem Ausgang?</b> <input type="checkbox"/> ja Angehörige? <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind(er)
<b>24. Krankenstand</b> <input type="checkbox"/> dauert noch an <input type="checkbox"/> kein Krankenstand	<input type="checkbox"/> bereits beendet am:
<b>25. Behandlung im Krankenhaus</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	<b>26. Arztbehandlung</b> (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein
<b>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?</b> <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein, warum nicht?	

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

<b>28. Ort, Datum der Ausfertigung</b>	Firmenstempel und firmenmäßige Zeichnung	ZVA-003-0703e
		U.-Nr.
		DVR: 0024163

## Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Dienststellen der AUVA	Anschrift	Telefon	Fax
<b>Landesstelle Graz</b> für Steiermark und Kärnten <b>Außenstelle Klagenfurt</b>	Göstinger Straße 26 A-8021 Graz Waidmannsdorfer Str. 35 A-9021 Klagenfurt	(0316) 505-0  (0463) 58 90-0	(0316) 505-2409  (0463) 58 90-4040
<b>Landesstelle Linz</b> für Oberösterreich	Garnisonstraße 5 A-4021 Linz Postfach 299	(0732) 23 33-0	(01) 331 11-89410-2100
<b>Landesstelle Salzburg</b> für Salzburg, Tirol und Vorarlberg <b>Außenstelle Dornbirn</b> <b>Außenstelle Innsbruck</b>	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 A-5010 Salzburg Eisengasse 12 A-6850 Dornbirn Meinhardstraße 16 A-6020 Innsbruck	(0662) 21 20-0  (05572) 269 42-0  (0512) 520 55-0	(0662) 21 20-4401  (05572) 269 42-85  (0512) 520 55-85
<b>Landesstelle Wien</b> für Wien, NÖ und Burgenland <b>Außenstelle Oberwart</b> <b>Außenstelle St. Pölten</b>	Webergasse 4 A-1203 Wien Hauptplatz 11 A-7400 Oberwart Wiener Straße 54 3100 St. Pölten	(01) 331 33-0  (03352) 353 56-0  (02742) 258 950-0	(01) 331 33-530  (03352) 353 56-606  (02742) 258 950-606