

Unfallmeldung für Erwerbstätige gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

AUVA-Landesstelle Graz, Göstinger Str. 26, 8020 Graz, Tel. +43 5 93 93-33000, Fax: 33396, E-Mail: GLA-DE@auva.at

AUVA-Landesstelle Linz, Garnisonstraße 5, 4010 Linz, Tel. +43 5 93 93-32000, Fax: 32390, E-Mail: LLA-DE@auva.at

AUVA-Landesstelle Salzburg, Dr.-Franz-Rehr-Platz 5, 5010 Salzburg, Tel. +43 5 93 93-34000, Fax: 34386, E-Mail: SLA-DE@auva.at

AUVA-Landesstelle Wien, Webergasse 4, 1200 Wien, Tel. +43 5 93 93-31000, Fax: 31690, E-Mail: WLA-DE@auva.at

Erläuterungen zu den in [] angeführten Buchstaben zum jeweiligen Feld sind in der Ausfüllhilfe nachzulesen.

1. Daten der/des Versicherten

1.1 Angaben zur Person

Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum <i>(TT MM JJJJ)</i>	Geschlecht	Krankenversicherung [a]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>
Familiename, Vorname			
<input type="text"/>			
Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			
<input type="text"/>			

1.2 Angaben zur Beschäftigung

beschäftigt als	Berufsbezeichnung [b]
<input type="checkbox"/> Angestellte/Angestellter	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Arbeiterin/Arbeiter	
<input type="checkbox"/> Lehrling	zuletzt im Betrieb eingetreten am <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> freie Dienstnehmerin/freier Dienstnehmer	
<input type="checkbox"/> Leiharbeiterin/Leiharbeiter <i>(Punkt 2.2 ausfüllen!)</i>	Schichtarbeit [c] <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vollzeit
<input type="checkbox"/> selbständig Erwerbstätige/Erwerbstätiger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Teilzeit

2. Daten zur Firma

2.1 Angaben zur Arbeitgeberin/zum Arbeitgeber bzw. zur Beschäftigten/zum Beschäftigten

Firmenname	Beitragskontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firmenadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
<input type="text"/>	
Art des Betriebes [a]	Anzahl der Beschäftigten im Betrieb
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse der Arbeitsstätte der verunfallten Person am Unfalltag [b]: <input type="checkbox"/> wie Firmenadresse	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
<input type="text"/>	

2.2 Angaben zur Arbeitskräfteüberlasserin/zum Arbeitskräfteüberlasser

Firmenname Arbeitskräfteüberlasserin/Arbeitskräfteüberlasser	Beitragskontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
<input type="text"/>	
Kontaktperson bei der Arbeitskräfteüberlasserin/beim Arbeitskräfteüberlasser	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfallzeitpunkt und Arbeitszeit

Wochentag	Datum	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	um <input type="text"/>
(geplante) Arbeitszeit am Unfalltag [a] von	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>

3.2 Angaben zum Unfallort

Unfall im Betrieb/in der Arbeitsstätte (genaue Unfallstelle/Maschine etc.) [b]

Unfall außerhalb des Betriebes/der Arbeitsstätte (genaue Adresse) [c]

bei Wegunfällen [d]

Weg zur Arbeitsstätte

Weg von der Arbeitsstätte

Dienstweg

sonstiger Weg (Zweck)

Adresse Ausgangsort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Adresse Zielort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3.3 Angaben zum Unfallhergang

Art der Arbeit am Unfalltag (z. B. Abbrucharbeiten) [e]

Was hat die verunfallte Person zum Unfallzeitpunkt getan? [f]

Welcher Gegenstand war daran beteiligt? [g]

Was verlief anders als üblich? [h]

Welcher Gegenstand war daran beteiligt? [i]

Wodurch wurde die verunfallte Person verletzt? [j]

Welcher Gegenstand war daran beteiligt? [k]

Schilderung des Unfallherganges [l]

Schilderung des Unfalles durch

verunfallte Person

Arbeitskollegin/Arbeitskollege

andere Person

Zeugen [m]

keine

Arbeitskollegin/Arbeitskollege

andere Person

unbekannt

Familienname, Vorname

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer

3.4 Angaben zur Unfallverletzung

Verletzungsart (z. B. Bruch, Schnittwunde, Prellung)

bei Unfall mit tödlichem Ausgang [o]

Familienstand

verletzter Körperteil (z. B. linke Hand) [n]

Kinder ja nein

Arbeit eingestellt [p] sofort hat weitergearbeitet später, ab wann

Krankenstand keiner aufgrund des Unfalles dauert noch an beendet am

Rettungseinsatz ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Rettungsorganisation

Unfallheberhebung durch Polizei ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Dienststelle

Unfallheberhebung durch Arbeitsinspektion ja nein nicht bekannt

Behandlung im Krankenhaus keine ambulant stationär ab wann

Name des Krankenhauses

Ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses nein
 ja, ab wann

Name der Ärztin/des Arztes

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

4. Angaben zur Unfallmeldung

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Fragen zum Unfall

Familienname, Vorname

Funktion [a]

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Unfallmeldung erstellt von wie Ansprechpartnerin/Ansprechpartner

Familienname, Vorname

Funktion [a]

Ort, Datum

Firmenstempel, firmenmäßige Zeichnung