

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-Rehrl-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 (TT MM JJJJ)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Geschlecht

- weiblich
 männlich

Krankenversicherung [a]

| |
|--|
| |
|--|

Familienname, Vorname

| |
|--|
| |
|--|

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

| |
|--|
| |
|--|

1.2 Angaben zur Beschäftigung

beschäftigt als

- Angestellte/Angestellter
 Arbeiterin/Arbeiter
 Lehrling
 freie Dienstnehmerin/freier Dienstnehmer
 Leiharbeiterin/Leiharbeiter (*Punkt 2.2 ausfüllen!*)
 selbständig Erwerbstätige/Erwerbstätiger

Berufsbezeichnung [b]

| |
|--|
| |
|--|

zuletzt im Betrieb eingetreten am

| |
|--|
| |
|--|

Schichtarbeit [c] ja Vollzeit
 nein Teilzeit

2. Daten zur Firma

2.1 Angaben zur Arbeitgeberin/zum Arbeitgeber bzw. zur Beschäftigerin/zum Beschäftiger

Firmenname

| |
|--|
| |
|--|

Beitragskontonummer

Firmenadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

| |
|--|
| |
|--|

Art des Betriebes [a]

| |
|--|
| |
|--|

Anzahl der Beschäftigten im Betrieb

Adresse der Arbeitsstätte der verunfallten Person am Unfalltag [b]: wie Firmenadresse

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

| |
|--|
| |
|--|

2.2 Angaben zur Arbeitskräfteüberlasserin/zum Arbeitskräfteüberlasser

Firmenname Arbeitskräfteüberlasserin/Arbeitskräfteüberlasser

| |
|--|
| |
|--|

Beitragskontonummer

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

| |
|--|
| |
|--|

Kontaktperson bei der Arbeitskräfteüberlasserin/beim Arbeitskräfteüberlasser

| |
|--|
| |
|--|

Telefonnummer

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfallzeitpunkt und Arbeitszeit

Wochentag

| |
|--|
| |
|--|

Datum

| |
|--|
| |
|--|

Uhrzeit

| |
|--|
| |
|--|

um

(geplante) Arbeitszeit am Unfalltag [a] von

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

bis

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 Unfallhergangs [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]

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

Familienstand

Kinder ja nein

Arbeit eingestellt [p]

sofort hat weitergearbeitet später, ab wann

Krankenstand

keiner aufgrund des Unfalls dauert noch an beendet am

Rettungseinsatz

ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Rettungsorganisation

Unfallerhebung durch Polizei

ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Dienststelle

Unfallerhebung 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]