

# 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	Krankenversicherung [a]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>
Familienname, 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 (Punkt 2.2 ausfüllen!)	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

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]

Ort, Datum

Firmenstempel, firmenmäßige Zeichnung