|  |  |
| --- | --- |
| Landesstelle für Wien, NÖ und Bgld., Weberg. 4, A-1203 Wien Landesstelle für Stmk. und Kärnten, Göstinger Str. 26, A-8021 Graz Außenstelle Klagenfurt, Waidmannsdorfer Str. 35, A-9021 Klagenfurt, Tel (0463) 58 90-0, Fax (0463) 58 90 4040Tel (01) 33 1 33-0, Fax (01) 33 1 33 530 Tel (0316) 505-0, Fax (0316) 505 2409 Außenstelle St. Pölten, Wiener Straße 54, A-3109 St. Pölten, Tel (02742) 25 89 50-0, Fax (02742) 25 89 50 606 Außenstelle Innsbruck, Meinhardstr. 16, A-6020 Innsbruck, Tel (0512) 52 0 55-0, Fax (0512) 52 0 55 85Landesstelle für OÖ, Blumauerplatz 1, A-4021 Linz Landesstelle für Slbg., Tirol und Vlbg., Dr.-Franz-Rehrl-Pl. 5, A-5010 Slbg. Außenstelle Oberwart, Hauptplatz 11, A-7400 Oberwart, Tel (03352) 35 3 56-0, Fax (03352) 35 3 56 606Tel (0732) 69 20-0, Fax (0732) 69 20 562 Tel (0662) 21 20-0, Fax (0662) 21 20 4401 Außenstelle Dornbirn, Eisengasse 12, A-6850 Dornbirn, Tel (05572) 26 9 42-0, Fax (05572) 26 9 42 85 | **Allgemeine Unfallversicherungsanstalt** |
| unfallmeldung Unfallsanzeige zur Erstattung der Meldung eines Arbeitsunfallesgemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) | **1. Unfallzeitpunkt** (Wochentag, Datum, Uhrzeit) |
| *,* *:   Uhr* |
| DATEN DES BETRIEBES / DER ARBEITSSTÄTTE |
|  **2. Arbeitgeber (Firma)**  Anschrift (der Arbeitsstätte)  PLZ/Ort  Art des Betriebes  Tel.-Nr./Fax-Nr. für Rückfragen  |  **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.** [ ]  Arb. [ ]  Ang.   |
| DATEN DES/DER VERUNFALLTEN |
|  **6. FAMILIENNAME**  **Vorname**  **Wohnanschrift**   |  7. SV-Nummer / Geburtsdatum (TTMMJJ)*/  /* |
|  8. Geschlecht | [ ]  männlich [ ] weiblich |
|  9. Staatsbürgerschaft |  |
| **10. im Betrieb seit:** **beschäftigt** **als:** |  | **11.** | [ ]  Fachkraft[ ]  Lehrling | [ ]  angelernt[ ]  Hilfsarbeiter |
| **12. Arbeitszeitregelung** [ ]  Vollarbeitszeit [ ]  Teilzeit:  Stunden/Woche Überstunden am Unfalltag [ ]  ja [ ]  nein |
| **13. (geplante) Arbeitszeit am Unfalltag** |  Beginn: | *:   Uhr* | Ende: | *:   Uhr* |
| ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN |
| 14. Arbeitsplatz/Maschine, wo sich der Unfall ereignete |
|  [ ]  im Betrieb (genaue Unfallstelle) [ ]  nicht im Betrieb (genaue Anschrift der Unfallstelle) [ ]  in einem anderen Betrieb (Name und Anschrift) |  |
| 15. Unfallhergang (bitte *unbedingt* Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und die Unfallursache angeben) |
|  |  |
|  Schilderung des Unfalles durch [ ]  Verunfallten selbst [ ]  Arbeitskollegen [ ]  Vorgesetzten [ ]  andere Person |
| **16. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen** | **17. Bei Wegunfällen** |
|  [ ]  Verunfallter allein [ ]  Arbeitskollegen   [ ]  andere Personen   |  [ ]  zur Arbeitsstätte [ ]  von der Arbeitsstätte [ ]  Dienstweg [ ]  sonstiger Weg  Ausgangsort:  Zielort:  Zweck des Weges:  |
| 18. Rettungseinsatz?  |  [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  nicht bekannt |
| 19. Erhebung durch Polizei / Gendarmerie? |  [ ]  ja, Dienststelle:  | [ ]  nein | [ ]  nicht bekannt |
| **20. Verletzter Körperteil** (Körperseite?) | **21. Verletzungsart** |
|   |   |
| **22. Arbeit eingestellt** [ ]  sofort [ ]  gar nicht, hat weiter gearbeitet | **23. Unfall mit tödlichem Ausgang?** |
|  [ ]  später (Datum und Uhrzeit) *,* *:**Uhr* |  [ ]  ja Angehörige? [ ]  Ehepartner [ ]  Kind(er) |
| **24. Krankenstand**  [ ]  dauert noch an [ ]  kein Krankenstand [ ]  bereits beendet am:  |
| **25. Behandlung im Krankenhaus** [ ]  ja [ ]  nein Wann und welches? [ ]  ambulant [ ]  stationär  *,*  | **26. Arztbehandlung** (außerhalb eines Krankenhauses) [ ]  ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) [ ]  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? |
|  [ ]  ja, welche? [ ]  nein, warum nicht? |  |
| Die Unterweisungspflicht im Sinne des § 14 ASchG ist in jedem Fall zu beachten! |
| **28.** Ort, Datum der Ausfertigung | Firmenstempel und firmenmäßige Zeichnung | ZVA - 3 - 0800 |
| *,* |  | U.-Nr. |
|  | DVR: 0024163 |
| **Die Meldung muss innerhalb von fünf Tagen erstattet werden!** Meldepflicht besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit. Darüber hinaus wird ersucht, bei Unfällen mit Zahnschäden oder der Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln immer eine Meldung zu machen. |