|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 4040  Tel (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 85  Landesstelle 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 56 606  Tel (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 Arbeitsunfalles gemäß § 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. | | | | | | | | | | | | | |