



# Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

## UNFALLMELDUNG

Unfallsanzeige zur Erstattung der Meldung eines Arbeitsunfalles gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

1. Unfallzeitpunkt (Wochentag, Datum, Uhrzeit)

### 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. <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang.

### DATEN DES/DER VERUNFALLTEN

6. FAMILIENNAME Vorname  Wohnanschrift	7. SV-Nummer	Geburtsdatum (TTMMJJ)
	8. Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	9. Staatsbürgerschaft	
10. im Betrieb seit: beschäftigt als:	11. <input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter	
12. Arbeitszeitregelung <input type="checkbox"/> Vollarbeitszeit <input type="checkbox"/> Teilzeit: Überstunden am Unfalltag	Stunden/Woche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. (geplante) Arbeitszeit am Unfalltag	Beginn:	Ende:

### ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

14. Arbeitsplatz/Maschine, wo sich der Unfall ereignete <input type="checkbox"/> im Betrieb (genaue Unfallstelle) <input type="checkbox"/> nicht im Betrieb (genaue Anschrift der Unfallstelle) <input type="checkbox"/> in einem anderen Betrieb (Name und Anschrift)	
15. Unfallhergang (bitte <b>unbedingt</b> Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und die Unfallursache angeben)  Schilderung des Unfalles durch <input type="checkbox"/> Verunfallten selbst <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen <input type="checkbox"/> Vorgesetzten <input type="checkbox"/> andere Person	
16. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen <input type="checkbox"/> Verunfallter allein <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen (Name, Anschrift) <input type="checkbox"/> andere Personen (Name, Anschrift)	17. Bei Wegunfällen <input type="checkbox"/> zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> von der Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> Dienstweg <input type="checkbox"/> sonstiger Weg  Ausgangsort: Zielort: Zweck des Weges:
18. Rettungseinsatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	19. Erhebung durch Polizei / Gendarmerie? <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
20. Verletzter Körperteil (Körperseite?)	21. Verletzungsart
22. Arbeit eingestellt <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> garnicht, hat weiter gearbeitet <input type="checkbox"/> später (Datum und Uhrzeit)	23. Unfall mit tödlichem Ausgang? <input type="checkbox"/> ja Angehörige? <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind(er)
24. Krankenstand <input type="checkbox"/> dauert noch an <input type="checkbox"/> kein Krankenstand <input type="checkbox"/> bereits beendet am:	25. Behandlung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
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? <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> nein, warum nicht?	26. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein
Die Unterweisungspflicht im Sinne des § 14 ASchG ist in jedem Fall zu beachten!	
28. Ort, Datum der Ausfertigung Firmenstempel und firmenmäßige Zeichnung	U.-Nr.

ZVA - 3 - 0800

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.

Landesstelle für Wien, NÖ und Bgld., Weberg. 4, A-1203 Wien Landesstelle für Stmk. und Kärnten, Göstinger Str. 26, A-8021 Graz  
Tel (01) 33 1 33-0, Fax (01) 33 1 33-530  
Landesstelle für Oö, Blumauerplatz 1, A-4021 Linz  
Tel (0732) 69 20-0, Fax (0732) 69 20 562

Außenstelle Klagenfurt, Waidsmannsdorfer Str. 35, A-9021 Klagenfurt, Tel (0463) 58 90-0, Fax (0463) 58 90 4040  
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  
Außenstelle Oberwart, Hauptplatz 11, A-7400 Oberwart, Tel (03352) 35 3 56-0, Fax (03352) 35 3 56 606  
Außenstelle Dornbirn, Eisen-gasse 12, A-6850 Dornbirn, Tel (05572) 26 9 42-0, Fax (05572) 26 9 42 85