

## Unfallmeldung für Erwerbstätige

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

**Landesstelle Graz** für Steiermark und Kärnten, Göstinger Straße 26, 8020 Graz, Tel. 0316 505, Fax 0316 505-2409  
**Landesstelle Linz** für Oberösterreich, Garnisonstraße 5, Postfach 299, 4017 Linz, Tel. 0732 23 33, Fax 0732 23 33-8300  
**Landesstelle Salzburg** für Salzburg, Tirol und Vorarlberg, Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg, Tel. 0662 21 20, Fax 0662 21 20-4401  
**Landesstelle Wien** für Wien, Niederösterreich und Burgenland, Webergasse 4, 1200 Wien, Tel. 01 331 33, Fax 01 331 33-530

**WICHTIG: Unfall-Meldepflicht binnen fünf Tagen** besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit. Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

**1. Unfallzeitpunkt** Datum  
Wochentag Uhrzeit

### DATEN DES BETRIEBES/DER ARBEITSSTÄTTE

2.  **Arbeitgeber/in**                       **Selbständige/r**                       **Beschäftigter/in**

Firmenname  
Adresse  
PLZ/Ort  
Art des Betriebes  
Beitragskontonummer  
Anzahl der Beschäftigten im gesamten Betrieb

**3. Bei Arbeitskräfteüberlassung - bitte auch Punkt 3 ausfüllen!**

(soweit Firmendaten des/der überlassenden Dienstgebers/Dienstgeberin bekannt)

Firmenname  
Adresse  
PLZ/Ort  
Beitragskontonummer  
Kontaktperson (Name) Tel.

### DATEN DER VERUNFALLTEN PERSON

**4. FAMILIEN-/NACHNAME**

Vorname  
Wohnadresse  
PLZ/Ort

**5. a Vers.-Nr.**

--	--	--	--	--	--

**5. b Geburtsdatum**

Tag	Monat	Jahr

**6. Geschlecht**

männlich                       weiblich

**7. Krankenkasse**

**8. Nationalität**

**9. Im Betrieb seit**

**beschäftigt als**

**10. Dienstverhältnis**  Freie/r Dienstnehmer/in

Arbeiter/in                       Angestellte/r                       Lehrling  
 Vollzeit                       Teilzeit  
 unbefristet                       befristet

<b>11. Arbeitszeit am Unfalltag</b>	Beginn	Uhr	Ende	Uhr
<b>Überstunden</b>	Beginn	Uhr	Ende	Uhr

## ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

<b>12. Arbeitsplatz, an dem sich der Unfall ereignet hat</b> <input type="checkbox"/> im Betrieb <input type="checkbox"/> nicht im Betrieb (genaue Anschrift)		
<b>Genauere Unfallstelle/Maschine</b>		
<b>13. Art der Arbeit am Unfalltag</b> (z. B. Abbrucharbeiten, Bodenbearbeitung, Maschinenreparatur, Pflegedienst, Malerarbeiten, Reinigungsarbeiten)		
<b>14. Unfallhergang</b> (genaue Tätigkeit, Verletzung bewirkende Gegenstände/Arbeitsstoffe, beteiligte Betriebseinrichtungen, Umfeldbedingungen)		
Schilderung des Unfalles durch <input type="checkbox"/> verunfallte Person selbst <input type="checkbox"/> Arbeitskoll. <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/n <input type="checkbox"/> andere Person		
<b>15. Verletzter Körperteil mit Körperseite</b> (z. B. linke Hand)	<b>16. Verletzungsart</b> (z. B. Bruch, Verbrennung, Schnittwunde)	
<b>17. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen</b> <input type="checkbox"/> verunfallte Person allein <input type="checkbox"/> Arbeitskoll. <input type="checkbox"/> andere Personen (Name, Adresse, Tel.)	<b>18. Bei Wegunfällen</b> <input type="checkbox"/> zur Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> von der Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> Dienstweg <input type="checkbox"/> sonst. Weg (Zweck) Ausgangsort Zielort	
<b>19. Rettungseinsatz</b> <input type="checkbox"/> ja Organisation (z. B. Rotes Kreuz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		
<b>20. Erhebung durch</b> <input type="checkbox"/> Polizei, Dienststelle <input type="checkbox"/> Arbeitsinspektion, Dienststelle		
<b>21. Arbeit eingestellt</b> <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> gar nicht, hat weitergearbeitet <input type="checkbox"/> später Datum Uhrzeit	<b>22. Unfall mit tödlichem Ausgang</b> Hat die verunglückte Person Angehörige? (wenn bekannt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind(er)	
<b>23. Krankenstand</b> <input type="checkbox"/> dauert noch an <input type="checkbox"/> kein Krankenstand <input type="checkbox"/> bereits beendet am		
<b>24. Behandlung im Krankenhaus</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär Wann und welches?	<b>25. Ärztl. Behandlung</b> (nicht im Krankenhaus) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arzt/Ärztin (Name) Adresse	
<b>26. Die Unterweisungspflicht im Sinne des § 14 ASchG ist in jedem Fall zu beachten!</b> Haben Sie bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren gemäß § 4 ASchG Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung solcher oder ähnlicher Unfälle vorgesehen oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, wann und welche? <input type="checkbox"/> nein, warum nicht?		
<b>27. Name und Funktion der erstellenden Person</b> <b>Name und Funktion des/der Vorgesetzten</b> <b>Kontaktdaten</b> Tel. <span style="margin-left: 150px;">Fax</span> <span style="margin-left: 150px;">E-Mail</span>		
<b>28. Ort und Datum der Ausfertigung</b>	<b>Firmenstempel und firmenmäßige Zeichnung</b>	<b>AZ der AUVA</b>