



Meldung einer Berufskrankheit durch das Unternehmen

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

Gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) ist eine Berufskrankheit (§ 177 ASVG) bzw. der Verdacht einer Berufskrankheit zu melden. Berufskrankheiten sind in der **Liste der Berufskrankheiten** (s. Anlage 1 zum ASVG) angeführt. Darüber hinaus können auch Erkrankungen als Berufskrankheiten gelten, wenn sie durch schädigende **Stoffe oder Strahlen** (gemäß Generalklausel, § 177 Abs. 2) verursacht werden. Meldeformulare sowie die Liste der Berufskrankheiten sind in unseren Landesstellen erhältlich. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

1. Angaben zum/zur Versicherten

a) FAMILIENNAME: Vorname: Frühere Namen:	c) Vers.-Nr. Geburtsdatum Tag Monat Jahr
b) Wohnanschrift:	d) Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	e) Staatsbürgerschaft:

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

a) Unternehmen (Firma):	f) Anzahl der im Unternehmen beschäftigten Personen:
b) Anschrift des Betriebes:	g) zuständige Krankenkasse und DG-Kontonr. <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang.
c) Art des Betriebes (Branche):	h) Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Bei mehreren Arbeitsstätten (Filialen) Anschrift der Arbeitsstätte, in der der/die Versicherte tätig ist, angeben:	i) Bezirkshauptmannschaft der Arbeitsstätte?
e) im Betrieb seit: beschäftigt als:	j) <input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter

3. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

a) Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)?	
b) Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann:	
c) Dauer dieser Tätigkeit:	
d) Behandlung im Krankenhaus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum, Name (evtl. Anschrift) angeben <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	e) Behandlung in der Ordination: <input type="checkbox"/> ja (Datum, Name u. Anschrift angeben) <input type="checkbox"/> nein
f) Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen/Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?	
g) Wurden bei dem/der Versicherten Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach den Bestimmungen der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz (VGÜ) durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein	
h) Ist eine arbeitsmedizinische oder sicherheitstechnische Beratung durch die AUVVA gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Der/die Versicherte wurde über die Meldung informiert!

Ort, Datum:
Name und Funktion des/der Ersteller(s)in,
Tel.-Nr./Fax.-Nr. für evtl. Rückfragen:

Unterschrift und Stempel

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Landesstellen der AUVA	Anschrift	Telefon	Fax
Landesstelle Graz für Steiermark und Kärnten	Göstinger Straße 26 8021 Graz	(0316) 505-0	(0316) 505-2409
Landesstelle Linz für Oberösterreich	Garnisonstraße 5 4021 Linz Postfach 299	(0732) 23 33-0	(01) 331 11-89410-2100
Landesstelle Salzburg für Salzburg, Tirol und Vorarlberg	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 5010 Salzburg	(0662) 21 20-0	(0662) 21 20-4401
Landesstelle Wien für Wien, NÖ und Burgenland	Webergasse 4 1203 Wien	(01) 331 33-0	(01) 331 33-530