



Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

UNFALLMELDUNG

Unfallsanzeige zur Erstattung der Meldung eines Unfalles für Mitglieder und freiwillige Helfer von freiwilligen Feuerwehren, Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiw. Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht, des Bergrettungsdienstes, der Wasser-Rettung, der Lawinenwarnkommission, der Rettungshunde-Brigade und der Strahlenspür- und -messtrupps gemäß § 363 des ASVG

1. Unfallzeitpunkt (Wochentag, Datum, Uhrzeit)
2. Wobei passierte der Unfall? <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Übung <input type="checkbox"/> Einsatz <input type="checkbox"/> Sonstiges:

DATEN DER ORGANISATION

3. Organisation (Name) Anschritt PLZ/Ort Tel.-Nr./Fax-Nr. für Rückfragen	4. Name und Funktion des Erstellers der Unfallmeldung Name des Einsatzleiters/Kommandanten
---	---

DATEN DER/DES VERUNFALLTEN

5. FAMILIENNAME Vorname Wohnanschrift	6. SV-Nummer Geburtsdatum (TTMMJJ)
	7. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
8. Staatsbürgerschaft	
9. Funktion des Verunfallten: <input type="checkbox"/> Mitglied seit: <input type="checkbox"/> freiwilliger Helfer	
10. (geplante) Ausbildungs-, Übungs- bzw. Einsatzzeit am Unfalltag Beginn: Ende:	
11. <input type="checkbox"/> hauptberuflich beschäftigt als: <input type="checkbox"/> selbständig erwerbstätig als: <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Lehrling <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	12. Arbeitgeber/Firma (Anschritt, PLZ, Ort)
13. Zuständige Krankenkasse und Dienstgeberkontonummer <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang.	

ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

14. Unfallstelle (Ort/Anschritt)	
15. Unfallhergang (bitte unbedingt Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und die Unfallursache angeben) Schilderung des Unfalles durch <input type="checkbox"/> Verunfallten selbst <input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Einsatzleiter/Kommandanten <input type="checkbox"/> andere Person	
16. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen <input type="checkbox"/> Verunfallter allein <input type="checkbox"/> Kollegen (Name, Anschrift) <input type="checkbox"/> andere Personen (Name, Anschrift)	17. Bei Wegunfällen Ausgangsort: Zielort: Zweck des Weges:
18. Rettungseinsatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	19. Einsatzbericht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20. Erhebung durch Polizei / Gendarmerie? <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
21. Verletzter Körperteil (Körperseite?)	22. Verletzungsart
23. Arbeit eingestellt <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> gar nicht, hat weiter gearbeitet <input type="checkbox"/> später (Datum und Uhrzeit)	24. Unfall mit tödlichem Ausgang? <input type="checkbox"/> ja Angehörige? <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind(er)
25. Behandlung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	26. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein
27. Ort, Datum der Ausfertigung Stempel und Unterschrift der meldepflichtigen Dienststelle	U.-Nr. H

ZVA - 3H - 0399

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.