

Meldepflicht besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Krankenstand.
 Die **Meldefrist beträgt fünf Tage** (§ 129 B-KUVG i.V.m. § 363 ASVG).
 Über Aufforderung durch die Unfallversicherung ist jedenfalls eine
 Unfallmeldung auszufertigen (§ 16 B-KUVG).

UNFALLMELDUNG

Vom Dienstgeber auszufüllen!

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|
| FELD 1 Familien- und Vorname (in Großbuchstaben) | | | | Beamte/r <input type="checkbox"/> |
| | | | | Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/> |
| | | | | Politiker/in <input type="checkbox"/> |
| | | | | Sonstige <input type="checkbox"/> |
| SVNr. | Geb.Datum | Zuständiger KV-Träger | Fam.-Stand | Anzahl d. Kinder unter 18 J. |
| Anschrift | | | | Tel. Nr. |
| Dienststelle (genaue Bezeichnung und Anschrift der Arbeitsstätte) | | | | Tel. Nr. |
| Personalführende Stelle (genaue Bezeichnung und Anschrift) | | | | |
| FELD 2 | Wochentag | Datum | Uhrzeit | Unfallstelle (genaue Orts- und Straßenbezeichnung) |
| Üblicher Aufgabenbereich bzw. Funktion des/der Versicherten im Betrieb: | | | Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignete: | |
| Zählt die Tätigkeit zu den dienstlichen Aufgaben des/der Versicherten? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | | | |
| Bei Dienstreisen: Bestand ein Reiseauftrag? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | | | |
| FELD 3 Verletzter Körperteil und Verletzungsart: | | | | Vorgesehener Dienstbeginn am Unfalltag: |
| | | | | Vorgesehenes Dienstende am Unfalltag: |
| In welches Krankenhaus eingeliefert? Wann? Ambulant oder stationär? | | | | Krankenstand: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin (außerhalb des Spitals): | | | | Tod: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| FELD 4 Genaue Schilderung des Unfallherganges: | | | | |
| | | | | |
| Bei Unfällen auf Wegen (z.B. Wohnung – Dienststelle, Dienstfahrten) | | | Beim Unfallgeschehen anwesende Personen: | |
| Von wo ist der/die Versicherte weggegangen? | | | <input type="checkbox"/> Verunfallte Person alleine <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen | |
| Wohin sollte er/sie sich begeben? | | | <input type="checkbox"/> Andere Personen (Name, Adresse, Telefonnr.): | |
| Liegt die Unfallstelle am üblichen Weg zwischen diesen Orten? | | | | |
| Polizeiliche Erhebungen: | | Anschrift der erhebenden Stelle: | | Fremdverschulden: |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | | | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> UNGEKLÄRT |
| FELD 5 | Name und Funktion des /der Dienstvorgesetzten | | | |
| | Name und Funktion des/der zuständigen Ansprechpartner/s/in | | | |
| Datum | Amtssiegel und Unterschrift des/der Dienstvorgesetzten | | Telefon: | Fax: |