

Eingangsstempel

Unfalldatum
Unfalltag (Montag, Dienstag, etc.)
Unfallzeit (Uhrzeit)

UNFALLMELDUNG

Die Unfallmeldung ist binnen fünf Tagen nach dem Unfallereignis der Anstalt zu übersenden. Unvollständige oder schlecht lesbare Angaben machen Rückfragen notwendig und verzögern dadurch den Abschluss des Verfahrens.

Daten des/der Verletzten (Verletzten) und seiner/ihrer Angehörigen	Familien – oder Nachname und Vorname des/der Verletzten (Verletzten)		Personenstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)		Versicherungsnummer									
	Frühere(r) Name(n)			Geburtsdatum			<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Tag	Monat	Jahr			
	Tag	Monat		Jahr											
	Wohnanschrift		Verw.-Verhältnis zum/zur Betriebsführer/in			Telefonnummer									
	Postleitzahl	Postort	Name des Ehepartners/der Ehepartnerin oder des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin			Versicherungsnummer oder Geburtsdatum									
	Name und Geburtsdatum der Kinder unter 18 Jahre; Kinder über 18 Jahre sind nur dann einzutragen, wenn sie in Schul- oder Berufsausbildung stehen oder erwerbsunfähig sind.														
	Name		Geburtsdatum		Kind, Wahl-, Stief-, Pflegekind, Enkel		Lebt das Kind mit dem/der Verletzten ständig in Hausgemeinschaft?								
	Bei minderjährigen oder entmündigten Verletzten Nachname und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin (Vater, Mutter, Vormund, Sachwalter)				Name und Anschrift des Arbeitgebers										
Ausgeübte Berufe bzw. Beschäftigungen im Jahr vor dem Unfall		Beruf		Name und Anschrift des Arbeitgebers											
Welcher Krankenkasse gehörte der/die Versehrt(e) zur Zeit des Unfalles an?				Ausmaß in ha											
Falls sich der Unfall nicht im eigenen Betrieb ereignet hat: Bewirtschaften der/die Versehrt(e), seine/ihre Eltern oder Kinder einen eigenen Betrieb?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name des Versicherungsträgers									
Bezieht der/die Versehrt(e) eine Geldleistung (Rente, Pension) nach dem ASVG, GSVG oder BSVG oder wurde ein diesbezüglicher Antrag gestellt?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name des Versicherungsträgers									
Bezieht der/die Versehrt(e) ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)?				<input type="checkbox"/> ja, Stufe _____ <input type="checkbox"/> nein		Prozentuelles Ausmaß der Beschädigung nach dem KOVG, HVG, OFG oder nach einem Arbeitsunfall									
Bezieht der/die Versehrt(e) eine Geldleistung nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz (KOVG), Heeresversorgungsgesetz (HVG), Opferfürsorgegesetz (OFG) oder Bundesversorgungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		%									
Bezieht der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der/die eingetragene Partner/in eine Geldleistung (Rente, Pension) nach dem ASVG, GSVG oder BSVG oder wurde ein diesbezüglicher Antrag gestellt?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name des Versicherungsträgers									
Name des/der Betriebsführers/Betriebsführerin, in dessen/deren Betrieb sich der Unfall ereignete						VSNR oder Geburtsdatum									
Anschrift/Postleitzahl						Telefonnummer									
Hausname				Gemeinde		Bezirk									
Betriebsgröße in ha:		Art des Betriebes (z.B. Landwirtschaft, Weinbau):		andere Betriebe des/der Betriebsführers/Betriebsführerin (z.B. Gewerbe)		Viehstand am Unfalltag: (Rinder, Schweine, etc.)									
Eigengrund	davon verp.														
gepachtet	Fruchtgenuss														

Angaben über den Unfall	Unfallort bzw. genaue Unfallstelle (Betriebsanschrift, Parzelle, Grundstücknummer)	
	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall? (Bei Wegunfällen auch Angabe über Zeit, Ziel und Zweck des Weges)	
	Für wen wurde diese Tätigkeit verrichtet?	
	Wer erteilte dazu den Auftrag?	
	Welche Tätigkeit wurde vor dem Unfall verrichtet?	
	Welche Tätigkeit war unmittelbar nach dem Unfall beabsichtigt?	
	Wodurch ereignete sich der Unfall? URSACHE?	
	Wie ereignete sich der Unfall? HERGANG?	
	Wer hat den Unfall gesehen? (Name und Anschrift)	
	Welche Polizeidienststelle hat Erhebungen durchgeführt?	
	Falls Fremdverschulden anzunehmen ist: Name (Beruf) und Anschrift des Schädigers	
Bei Verkehrsunfällen: (Daten des Schädigers)	Name und Anschrift des/der Kraftfahrzeugbesitzers/in	KFZ-Kennzeichen
	Haftpflichtversicherung	Polizzen-Nummer
Verletzungen und Behandlung	Welche Körperteile sind verletzt? Vollständige und genaue Angaben (z.B. rechter Oberarm)	
	Art der Verletzung (z.B. Knochenbruch, Quetschung, Prellung)	Bei tödlicher Verletzung: Todestag
	des/der zuerst zugezogenen Arztes/Ärztin	
	Name und Anschrift	
	des/der jetzt behandelnden Arztes/Ärztin	
Wann hat der/die Versehrt(e) nach dem Unfall die Arbeit wieder aufgenommen?	Name der Krankenanstalt (Klinik)	
	<input type="checkbox"/> ambulant	Aufnahmetag
	<input type="checkbox"/> stationär	Entlassungstag
_____ Unterschrift des/der Versehrt(en) (Die Unterschrift kann unterbleiben, wenn dadurch eine Verzögerung der Unfallmeldung eintreten würde.)		_____ Unterschrift des Betriebsführers/der Betriebsführerin od. dessen/deren Stellvertreters/Stellvertreterin _____ Ort/Datum

Hinweis für aktive Bäuerinnen/Bauern: Diese Meldung führt zu keiner Betriebshilfeleistung. Wird unfallbedingt ein **Betriebshilfeinsatz** erforderlich, ist dafür ein **eigener Antrag** zu stellen.