



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 Strahlenspur- und -messtrupps gemäß § 363 des ASVG

1. Unfallzeitpunkt (Wochentag, Datum, Uhrzeit)

2. Wobei passierte der Unfall?

- Ausbildung Übung Einsatz
 Sonstiges:

DATEN DER ORGANISATION

3. Organisation (Name)

Anschrift
 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 männlich weiblich

8. Staatsbürgerschaft

9. Funktion des Verunfallten:

- Mitglied seit: freiwilliger Helfer

10. (geplante) Ausbildungs-, Übungs- bzw. Einsatzzeit am Unfalltag Beginn: Ende:

11. hauptberuflich beschäftigt als:
 selbständig erwerbstätig als:
 in Ausbildung/Lehrling nicht erwerbstätig

12. Arbeitgeber/Firma (Anschrift, PLZ, Ort)

13. Zuständige Krankenkasse und Dienstgeberkontonummer
 Arb. Ang.

ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

14. Unfallstelle (Ort/Anschrift)

15. Unfallhergang (bitte **unbedingt** Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und die Unfallursache angeben)

Schilderung des Unfalles durch Verunfallten selbst Kollegen Einsatzleiter/Kommandanten andere Person

16. Beim Unfallgeschehen anwesende Personen

- Verunfallter allein
 Kollegen (Name, Anschrift)
 andere Personen (Name, Anschrift)

17. Bei Wegunfällen

Ausgangsort:
 Zielort:
 Zweck des Weges:

18. Rettungseinsatz? ja nein nicht bekannt

19. Einsatzbericht? ja nein

20. Erhebung durch Polizei / Gendarmerie? ja, Dienststelle:

nein nicht bekannt

21. Verletzter Körperteil (Körperseite?)

22. Verletzungsart

23. Arbeit eingestellt sofort gar nicht, hat weiter gearbeitet
 später (Datum und Uhrzeit)

24. Unfall mit tödlichem Ausgang?
 ja Angehörige? Ehepartner Kind(er)

25. Behandlung im Krankenhaus ja nein
Wann und welches? ambulant stationär

26. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses)
 ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) nein

27. Ort, Datum der Ausfertigung Stempel und Unterschrift der meldepflichtigen Dienststelle

ZVA - 3H - 0399

U.-Nr.

H

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.