

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	Versicherungsnummer			
	Frühere(r) Name(n)			<input type="checkbox"/> verheiratet				Geburtsdatum
	Wohnanschrift			<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend	Tag	Monat	Jahr	Verw.-Verhältnis zum/zur Betriebsführer/in
	Postleitzahl Postort			<input type="checkbox"/> geschieden				
			<input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft	Name des Ehepartners/der Ehepartnerin oder des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin				Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
			<input type="checkbox"/> verwitwet	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.				
			<input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)	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)							
	Ausgeübte Berufe bzw. Beschäftigungen im Jahr vor dem Unfall	Beruf	Name und Anschrift des Arbeitgebers					
	Welcher Krankenkasse gehörte der/die Versehnte zur Zeit des Unfalles an?							
	Falls sich der Unfall nicht im eigenen Betrieb ereignet hat: Bewirtschaften der/die Versehnte, seine/ihre Eltern oder Kinder einen eigenen Betrieb?		<input type="checkbox"/> ja	Ausmaß in ha				
	Bezieht der/die Versehnte eine Geldleistung (Rente, Pension) nach dem ASVG, GSVG oder BSVG oder wurde ein diesbezüglicher Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> ja	Name des Versicherungsträgers				
	Bezieht der/die Versehnte 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 Versehnte 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	Name des Versicherungsträgers				
		<input type="checkbox"/> nein						
Daten des Betriebes für den der/die Versehnte tätig war	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.