

Unfallmeldung für Personen in Ausbildungslehrgängen oder Personen mit Behinderung in Beschäftigungstherapie

Wichtig: Meldepflicht binnen fünf Tagen besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit.

Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigungen von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

Kontaktdaten: www.auva.at/unfallmeldung

1. Daten der verunfallten Person

1.1 Angaben zur verunfallten Person

Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum (TT MM JJJJ) Geschlecht
 weiblich männlich

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

1.2 Angaben zur gesetzlichen Vertretung bzw. Erwachsenenvertretung

Vertretung ja nein

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

2. Daten der Einrichtung

2.1 Angaben zur Einrichtung

Rechtsträger der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Name des Lehrgangs/Projekt es bzw. der Betreuungseinrichtung wie Rechtsträger

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Zweck der Maßnahme: Ausbildungslehrgang Beschäftigungstherapie

2.2 Angaben zum Betrieb bei externem Praktikum

Praktikumsgeber

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfallzeitpunkt und Anwesenheit

Unfallzeitpunkt: Wochentag Datum Uhrzeit
um Unfallzeit nicht bekannt

(geplante) Anwesenheit am Unfalltag von bis

3.2 Angaben zum Unfallort

Unfall in der Einrichtung (genaue Unfallstelle/Bereich)

Unfall außerhalb der Einrichtung (genaue Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Bei Wegunfällen

Weg zur Einrichtung

Rückweg von der Einrichtung

Dienstweg

sonstiger Weg (Zweck):

Adresse Ausgangsort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Adresse Zielort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3.3 Angaben zum Unfallhergang

Art der Tätigkeit am Unfalltag:

Schilderung des Unfallherganges

Schilderung des Unfalles durch

verunfallte Person

Betreuungsperson

andere Person

Zeugen

keine

Betreuungsperson

andere Person

nicht bekannt

Familienname, Vorname

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer

3.4 Angaben zur Unfallverletzung

Verletzungsart (z. B. Bruch, Schnittwunde, Prellung)

Verletzter Körperteil (z. B. linke Hand)

Tätigkeit eingestellt: sofort hat weitergearbeitet

später:

nicht bekannt

Arbeitsunfähigkeit: dauert noch an

beendet am:

verunfallte Person ist arbeitsfähig

Unfall mit tödlichem Ausgang [o] <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienstand
Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Rettungseinsatz durch Organisation ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Rettungsorganisation:

Unfallerhebung durch Polizei ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Dienststelle:

Behandlung im Krankenhaus keine ambulant stationär ab

Name des Krankenhauses

Ärztliche Behandlung außerhalb eines Krankenhauses nein

ja, ab

Name der Ärztin/des Arztes

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

4. Angaben zur Unfallmeldung

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Fragen zum Unfall

Familienname, Vorname

Funktion

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Unfallmeldung erstellt von wie Ansprechpartnerin/Ansprechpartner

Familienname, Vorname

Funktion

Ort, Datum

Stempel der Einrichtung oder Praktikumsgeber, Unterschrift