

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

# UNFALLMELDUNG

Eingangsstempel

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 Versehrten (Verletzten) und seiner/ihrer Angehörigen	Familien – oder Nachname und Vorname des/der Versehrten (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
	Postleitzahl                      Postort			<input type="checkbox"/> geschieden	Verw.-Verhältnis zum/zur Betriebsführer/in		
				<input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft	Telefonnummer		
			<input type="checkbox"/> verwitwet	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum			
			<input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)				
	Name des Ehepartners/der Ehepartnerin oder des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin						
	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 Versehrten 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 Versehrt(e) zur Zeit des Unfalles an?							
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	Ausmaß in ha			
			<input type="checkbox"/> nein				
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	Name des Versicherungsträgers			
			<input type="checkbox"/> nein				
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 Kriegsopferversorgungsgesetz (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				
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                      Aufnahme-tag	Entlassungstag	
	<input type="checkbox"/> stationär		
_____ 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.