

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

UNFALLMELDUNG

Eingangsstempel

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

Daten des Versicherten (Verletzten) und seiner Angehörigen	Familien- und Vorname des Versehrten (Verletzten)		Stand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	Versicherungsnummer		
	Frühere(r) Name(n)			Geburtsdatum Tag Monat Jahr		
	Wohnanschrift			Verw.-Verhältnis zum Betriebsführer		
	Postleitzahl		Postort	Telefonnummer		
	Name des Ehepartners			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	ehelich, unehelich, Wahl-, Stief-, Pflegekind, Enkel	Lebt das Kind mit dem Versehrten ständig in Hausgemeinschaft?	
	Bei minderjährigen oder entmündigten Verletzten Familien- und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater, Mutter, Vormund, Sachwalter)					
	Ausgeübte Berufe bzw. Beschäftigungen im Jahr vor dem Unfall		Beruf	Name und Anschrift des Arbeitgebers		
Welcher Krankenkasse gehörte der Versehrte zur Zeit des Unfalles an?						
Falls sich der Unfall nicht im eigenen Betrieb ereignet hat: Bewirtschaften der Versehrte, seine Eltern oder Kinder einen eigenen Betrieb?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausmaß in ha		
Bezieht der Versehrte 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 Versehrte 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 Versehrte 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) 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 Betriebsführers, in dessen 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 Betriebsführers (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 Kraftfahrzeugbesitzers	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
	Name und Anschrift _____ des zuerst zugezogenen Arztes	
	Name und Anschrift _____ des jetzt behandelnden Arztes	
	Wann hat der Versehrtete nach dem Unfall die Arbeit wieder aufgenommen?	Name der Krankenanstalt (Klinik)
	<input type="checkbox"/> ambulant Aufnahme-tag	Entlassungstag
	<input type="checkbox"/> stationär	
_____ Unterschrift des Versehrteten (Die Unterschrift kann unterbleiben, wenn dadurch eine Verzögerung der Unfallmeldung eintreten würde.)		_____ Unterschrift des Betriebsführers od. dessen Stellvertreters _____ Ort/Datum

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