



Unfallmeldung für Schüler

gemäß § 363 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

WICHTIG: Bei jeder körperlichen Schädigung besteht gesetzliche Meldepflicht innerhalb von fünf Tagen. Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

1. Unfallzeitpunkt Datum _____ Uhrzeit _____
 Mo Di Mi
 Do Fr Sa So

DATEN DER SCHULE

2. Schule (Anschrift, PLZ/Ort) <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin: 10px auto;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Schulkennzahl											3. Klasse	4. Für Rückfragen (Ansprechpartner/Tel.-Nr.)
5. Schultyp <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> polytechn. Schule <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> BAKI <input type="checkbox"/> andere:												
6. Privatschule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												

DATEN DES/DER VERUNFALLTEN SCHÜLERS/SCHÜLERIN

7. FAMILIENNAME Vorname _____ Wohnanschrift _____	8. Vers.-Nr. _____	Geburtsdatum Tag _____ Monat _____ Jahr _____	9. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	11. Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere:		12. In der gesetzl. Krankenversicherung mitversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> konnte nicht erhoben werden
10. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters	13. (geplante) Anwesenheitszeit des/der Verletzten am Unfalltag Beginn: _____ Ende: _____		
14. Dauer der Unterrichtsstunde, in der der Unfall passierte Beginn: _____ Ende: _____			

ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

15. Unterrichtsart (bitte auch Angabe: Welche?) <input type="checkbox"/> Pflichtgegenstand <input type="checkbox"/> Schulveranstaltung <input type="checkbox"/> Freigegegenstand <input type="checkbox"/> schulbezogene Veranstaltung <input type="checkbox"/> unverbindliche Übung <input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung <input type="checkbox"/> Pause <input type="checkbox"/> Sonstige Welche: _____	16. Unfallstelle (bitte genau angeben, z.B. welcher Raum, wenn nicht ident mit der o. a. Anschrift, auch die Adresse) 17. Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Unfallhergang (bitte unbedingt Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und Unfallursache angeben) Bericht über das Unfallgeschehen durch <input type="checkbox"/> Verletzte/n selbst <input type="checkbox"/> Mitschüler <input type="checkbox"/> Lehrer <input type="checkbox"/> andere Person	
19. Bei Wegunfällen <input type="checkbox"/> zur Schule <input type="checkbox"/> von der Schule <input type="checkbox"/> sonstiger Weg Ausgangsort: _____ Zielort: _____ Zweck des Weges: _____	20. Bitte um Angabe bei Verkehrsunfällen: Wie bzw. womit war der/die Verletzte unterwegs? <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> PKW-Insasse <input type="checkbox"/> Skateboard <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Inline-Skater <input type="checkbox"/> Moped/Motorrad <input type="checkbox"/> anderes
21. Rettungseinsatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	22. Unfall mit tödlichem Ausgang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Erhebung durch Polizei/Gendarmerie? <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
24. Verletzter Körperteil (Körperseite?) _____	25. Verletzungsart _____
26. Behandlung im Krankenhaus Wann und welches? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	27. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein

28. Ort, Datum der Ausfertigung
Dienstsiegel und Unterschrift des Schulleiters

U.-Nr.

ZVA-003SCH-0803e

SCH

DVR: 0024163

Unterstützen Sie uns bei der Unfallverhütung, um möglichst Unfälle zu vermeiden.
Zur Vorbeugung von Unfällen bietet Ihnen das Expertenteam der AUVA gerne Rat und Hilfe an.
Wenden Sie sich bitte mit Ihren Fragen und Wünschen an die für Ihren Bereich zuständige Landesstelle!

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Dienststellen der AUVA	Anschrift	Telefon	Fax
Landesstelle Graz für Steiermark und Kärnten	Göstinger Straße 26 A-8021 Graz	(0316) 505-0	(0316) 505-2409
Außenstelle Klagenfurt	Waidmannsdorfer Str. 35 A-9021 Klagenfurt	(0463) 58 90-0	(0463) 58 90-4040
Landesstelle Linz für Oberösterreich	Blumauer Platz 1 A-4021 Linz	(0732) 69 20-0	(0732) 69 20-562
Landesstelle Salzburg für Salzburg, Tirol und Vorarlberg	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 A-5010 Salzburg	(0662) 21 20-0	(0662) 21 20-4401
Außenstelle Dornbirn	Eisengasse 12 A-6850 Dornbirn	(05572) 269 42-0	(05572) 269 42-85
Außenstelle Innsbruck	Meinhardstraße 16 A-6020 Innsbruck	(0512) 520 55-0	(0512) 520 55-85
Landesstelle Wien für Wien, NÖ und Burgenland	Webergasse 4 A-1203 Wien	(01) 331 33-0	(01) 331 33-530
Außenstelle Oberwart	Hauptplatz 11 A-7400 Oberwart	(03352) 353 56-0	(03352) 353 56-606
Außenstelle St. Pölten	Wiener Straße 54 3100 St. Pölten	(02742) 258 950-0	(02742) 258 950-606