



Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

UNFALLMELDUNG

für Schüler (gemäß § 363 Abs. 4 des ASVG)

1. Unfallzeitpunkt	Datum	Uhrzeit
<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So		: Uhr

DATEN DER SCHULE

2. Schule (Anschrift, PLZ/Ort) 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"/> anderer:	
6. Privatschule? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

DATEN DES/DER VERUNFALLTEN SCHÜLERS/SCHÜLERIN

7. FAMILIENNAME Vorname Wohnanschrift	8. SV-Nummer Geburtsdatum (TTMMJJ)
	9. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
10. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters	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
13. (geplante) Anwesenheitszeit des/der Verletzten am Unfalltag	Beginn: : Uhr Ende: : Uhr
14. Dauer der Unterrichtsstunde, in der der Unfall passierte	Beginn: : Uhr Ende: : Uhr

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 <i>genau</i> 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"/> Verletzten 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: <i>Wie bzw. womit war der/die Verletzte unterwegs?</i> <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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	27. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift und Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein

28. Ort und Datum der Ausfertigung	ZVA - 3SCH - 0399
Dienstiegel und Unterschrift des Schulleiters	SCH
	U.-Nr. 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!

Bei jeder körperlichen Schädigung besteht gesetzliche Meldepflicht innerhalb von 5 Tagen!

Außenstelle Klagenfurt, Waidmannsdorfer Str. 35, A-9021 Klagenfurt, Tel (0463) 51 46 66-0, Fax (0463) 58 90 440
 Außenstelle St. Pölten, Wiener Straße 54, A-3109 St. Pölten, Tel (02742) 25 89 50-0, Fax (02742) 25 89 50 606
 Außenstelle Innsbruck, Meinhardstr. 5a, A-6020 Innsbruck, Tel (0512) 52 0 55-0, Fax (0512) 52 0 55 85
 Außenstelle Oberwart, Hauptplatz 11, A-7400 Oberwart, Tel (03352) 35 3 56-0, Fax (03352) 35 3 56 606
 Außenstelle Dornbirn, Eisengasse 12, A-6850 Dornbirn, Tel (05572) 26 9 42-0, Fax (05572) 26 9 42 85
 Landesstelle für Wien, NÖ und Bgld., Weberg, 4, A-1203 Wien, Tel (01) 33 1 33-0, Fax (01) 33 1 33 530
 Landesstelle für Tirol und Vbg., Dr.-Franz-Rehr-Pl. 5, A-5010 Sbg., Tel (0662) 65 80-0, Fax (0662) 65 80 401
 Landesstelle für Stmk. und Kärnten, Gösinger Str. 26, A-8021 Graz, Tel (0316) 505-0, Fax (0316) 505 2409
 Landesstelle für Oö, Blumauerplatz 1, A-4021 Linz, Tel (0732) 69 20-0, Fax (0732) 69 20 562