



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: | | |
| 10. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters | 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: _____ 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-0504e

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 8021 Graz | (0316) 505-0 | (0316) 505-2409 |
| Außenstelle Klagenfurt | Waidmannsdorfer Str. 35 9021 Klagenfurt | (0463) 58 90-0 | (0463) 58 90-4040 |
| Landesstelle Linz für Oberösterreich | Blumauer Platz 1 4021 Linz | (0732) 69 20-0 | (0732) 69 20-562 |
| Landesstelle Salzburg für Salzburg, Tirol und Vorarlberg | Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 5010 Salzburg | (0662) 21 20-0 | (0662) 21 20-4401 |
| Außenstelle Dornbirn | Eisengasse 12 6850 Dornbirn | (05572) 269 42-0 | (05572) 269 42-85 |
| Außenstelle Innsbruck | Meinhardstraße 16 6020 Innsbruck | (0512) 520 55-0 | (0512) 520 55-85 |
| Landesstelle Wien für Wien, NÖ und Burgenland | Webergasse 4 1203 Wien | (01) 331 33-0 | (01) 331 33-530 |
| Außenstelle Oberwart | Hauptplatz 11 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 |