

Meldung einer Berufskrankheit durch das Unternehmen

Gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) ist eine Berufskrankheit (§ 177 ASVG) bzw. der Verdacht einer Berufskrankheit zu melden. Berufskrankheiten sind in der Liste der Berufskrankheiten angeführt (siehe Anlage 1 zum ASVG). Darüber hinaus können auch Erkrankungen als Berufskrankheiten gelten, wenn sie durch schädigende Stoffe oder Strahlen (gemäß Generalklausel, § 177 Abs. 2) verursacht werden.

Kontaktdaten: www.auva.at/bk-meldung

1. Angaben zur erkrankten Person

Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum (TT MM JJJJ) Geschlecht
 weiblich männlich

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer E-Mail-Adresse

2. Angaben zum Unternehmen

Name des Unternehmens

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

KV-Träger Beitragskontonummer

Art des Betriebes (Branche)

Im Betrieb seit: Anzahl der im Unternehmen beschäftigten Personen

Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht: ja nein

Arbeitsstätte, in der die versicherte Person tätig ist/war: wie Adresse des Unternehmens

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3. Angaben zur Beschäftigung

Ausgeübte Tätigkeit (z. B. Tischler):

Art der Beschäftigung:

<input type="checkbox"/> Arbeiterin/Arbeiter	<input type="checkbox"/> selbständig erwerbstätig	<input type="checkbox"/> sonstiges
<input type="checkbox"/> Angestellte/Angestellter	<input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/-bediensteter	
<input type="checkbox"/> Lehrling	<input type="checkbox"/> in Pension/Ruhestand	

4. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)?

Lfd. Nr.:

Berufskrankheit (Bezeichnung):

Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann:

Dauer der Tätigkeit:

Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen bzw. Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?

5. Angaben zur ärztlichen Behandlung

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen

Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Bemerkungen:

6. Angaben zur Erstellung der Meldung

Versicherte Person wurde über die Erstattung der Meldung informiert: ja nein

Name der Erstellerin bzw. des Erstellers

Funktion

Kontaktdaten für etwaige Rückfragen

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail-Adresse

.....
Ort, Datum

.....
Firmenstempel, firmenmäßige Bezeichnung