

Ärztliche Meldung einer Berufskrankheit

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

Jeder Arzt und jede Ärztin ist nach den gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, eine Berufskrankheit (§ 177 ASVG) bzw. den Verdacht einer Berufskrankheit zu melden. Berufskrankheiten sind in der Liste der Berufskrankheiten angeführt (s. 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. Im Interesse des/der Versicherten ersuchen wir um ein **möglichst vollständiges Ausfüllen** des Formulars. Das Ausfüllen dieser Meldung wird mit Euro 5,81 honoriert. Meldeformulare sowie die Liste der Berufskrankheiten sind in unseren Landesstellen erhältlich.

Landesstelle GRAZ für Steiermark und Kärnten, Göstinger Straße 26, 8020 Graz, Tel. +43 5 93 93-33000, Fax +43 5 93 93-33396

Landesstelle LINZ für Oberösterreich, Garnisonstraße 5, 4010 Linz, Tel. +43 5 93 93-32000, Fax +43 5 93 93-32390

Landesstelle SALZBURG für Salzburg, Tirol und Vorarlberg, Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg, Tel. +43 5 93 93-34000, Fax +43 5 93 93-34386

Landesstelle WIEN für Wien, Niederösterreich und Burgenland, Webergasse 4, 1200 Wien, Tel. +43 5 93 93-31000, Fax +43 5 93 93-31690

1. Angaben zum/zur Versicherten

a) FAMILIEN-/NACHNAME: Vorname: Frühere Namen:	c) Vers.-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>
	d) Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Wohnanschrift:	e) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	f) Staatsbürgerschaft:

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

a) Unternehmen (Firma):	
b) Anschrift des Betriebes:	
c) Art des Betriebes (Branche):	f) Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang.
d) Bei mehreren Arbeitsstätten (Filialen) Anschrift der Arbeitsstätte, in der der/die Versicherte tätig ist, angeben:	g) Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) im Betrieb seit: beschäftigt als:	h) <input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter/Hilfsarbeiterin

3. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

a) Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)? Lfd. Nr.: <input type="text"/> Berufskrankheit: <input type="text"/>
b) Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann:
c) Dauer dieser Tätigkeit:
f) Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen/Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?
e) Frühere berufskrankheitsspezifische bzw. berufskrankheitsverwandte Erkrankungen oder Symptome: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anamnese:

f) Frühere berufskrankheitsrelevante Expositionen (Name und Anschriften der früheren Arbeitgeber, Zeitangaben):	
g) Wurden bei dem/der Versicherten Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach den Bestimmungen der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz (VGÜ) durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein Bemerkungen (z. B. Verkürzungen, Nichteignung):	
h) Vorliegende berufskrankheitsspezifische Untersuchungsbefunde: (Schwerpunkt: berufskrankheitstypische Krankheitserscheinungen)	
i) Frühere berufskrankheitsrelevante Untersuchungen: <input type="checkbox"/> ja durch wen? <input type="checkbox"/> nein Untersuchungsbefunde:	
j) Wann wurde mit einer ärztlichen Behandlung begonnen? Bei wem?	
k) Behandlung im Krankenhaus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum, Name (evtl. Anschrift) angeben <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	l) Behandlung in der Ordination: <input type="checkbox"/> ja (Datum, Name u. Anschrift angeben) <input type="checkbox"/> nein
m) Ist der/die Versicherte arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="checkbox"/> nein	
n) Welche Maßnahmen zur Therapie bzw. Expositions-Minderung wurden bisher durchgeführt? Medizinische Maßnahmen <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein Bemerkungen:	
o) Im Falle des Todes - Sterbedatum: - Wann und durch wen hat eine Obduktion stattgefunden?	
p) Bemerkungen:	

Der/die Versicherte wurde über die Meldung informiert!	
Ort, Datum:	
Name und Adresse des meldenden Arztes/der meldenden Ärztin:	
Bankverbindung:	
IBAN:	
BIC:	
Stempel und Unterschrift des Arztes/derÄrztin	