

## Meldung einer Berufskrankheit durch das Unternehmen

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

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** (s. Anlage 1 zum ASVG) angeführt. Darüber hinaus können auch Erkrankungen als Berufskrankheiten gelten, wenn sie durch schädigende **Stoffe oder Strahlen** (gemäß Generalklausel, § 177 Abs. 2) verursacht werden. Meldeformulare sowie die Liste der Berufskrankheiten sind in unseren Landesstellen erhältlich. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### 1. Angaben zum/zur Versicherten

<b>a) FAMILIEN-/NACHNAME:</b> Vorname: Frühere Namen:	<b>c) Vers.-Nr.:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Tag</span> <span>Monat</span> <span>Jahr</span> </div> <b>d) Geburtsdatum:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>b) Wohnanschrift:</b>	<b>e) Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <b>f) Staatsbürgerschaft:</b>

### 2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

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

### 3. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

<b>a) Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)?</b>	
<b>b) Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann:</b>	
<b>c) Dauer dieser Tätigkeit:</b>	
<b>d) Behandlung im Krankenhaus:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum, Name (evtl. Anschrift) angeben <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	<b>e) Behandlung in der Ordination:</b> <input type="checkbox"/> ja (Datum, Name u. Anschrift angeben) <input type="checkbox"/> nein
<b>f) Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen/Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?</b>	
<b>g) Wurden bei dem/der Versicherten Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach den Bestimmungen der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz (VGÜ) durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein	
<b>h) Ist eine arbeitsmedizinische oder sicherheitstechnische Beratung durch die AUVA gewünscht?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### Der/die Versicherte wurde über die Meldung informiert!

**Ort, Datum:**  
 Name und Funktion des Erstellers/der Erstellerin  
 Tel.-Nr./Fax.-Nr. für evtl. Rückfragen:

**Unterschrift und Stempel**

**Allgemeine  
Unfallversicherungsanstalt**

<b>Dienststellen der AUVA</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Telefon</b>	<b>Fax</b>
<b>Landesstelle Graz</b> für Steiermark und Kärnten	Göstinger Straße 26 8020 Graz	+43 5 93 93-33000	+43 5 93 93-33396
<b>Landesstelle Linz</b> für Oberösterreich	Garnisonstraße 5 4010 Linz	+43 5 93 93-32000	+43 5 93 93-32390
<b>Landesstelle Salzburg</b> für Salzburg, Tirol und Vorarlberg	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 5010 Salzburg	+43 5 93 93-34000	+43 5 93 93-34386
<b>Landesstelle Wien</b> für Wien, NÖ und Burgenland	Webergasse 4 1200 Wien	+43 5 93 93-31000	+43 5 93 93-31690