



# Unfallmeldung für Kindergartenkinder

(beim Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung im letzten Jahr vor der Schulpflicht)

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.

<b>1. Unfallzeitpunkt</b>	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		

### DATEN DER EINRICHTUNG

<b>2. Einrichtung</b> (Anschrift, PLZ/Ort)	<b>3. Für Rückfragen</b> (Ansprechperson/Tel.)
--	--

### DATEN DES VERUNFALLTEN KINDES

<b>4. FAMILIENNAME</b> Vorname  Wohnanschrift	<b>6. Vers.-Nr.</b>	<b>8. Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	<b>7. Geburtsdatum</b> (Tag Monat Jahr)	
<b>5. Name und Anschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin</b>	<b>9. Staatsbürgerschaft</b> <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere:	
	<b>10. In der gesetzl. Krankenversicherung mitversichert?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> konnte nicht erhoben werden	
<b>11. Öffnungszeit der Einrichtung am Unfalltag</b> Beginn: Ende:		

### ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

<b>12. Unfallstelle</b> (bitte <b>genau</b> angeben, z.B. welcher Raum, wenn nicht ident mit der o. a. Anschrift, auch die Adresse)	
<b>13. Unfallhergang</b> (bitte <b>unbedingt</b> Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand und Unfallursache angeben)  Bericht über das Unfallgeschehen durch	
<b>14. Bei Wegunfällen</b> <input type="checkbox"/> zur Einrichtung <input type="checkbox"/> von der Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiger Weg Ausgangsort: Zielort: Zweck des Weges:	<b>15. Bitte um Angabe bei Verkehrsunfällen:</b> Wie bzw. womit war der/die Verletzte unterwegs? <input type="checkbox"/> Fußgänger/in <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> anderes <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel
<b>16. Rettungseinsatz?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<b>17. Unfall mit tödlichem Ausgang?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>18. Erhebung durch Polizei</b> <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<b>19. Verletzter Körperteil</b> (Körperseite?)	<b>20. Verletzungsart</b>
<b>21. Behandlung im Krankenhaus</b> Wann und welches? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulat <input type="checkbox"/> stationär	<b>22. Ärztl. Behandlung</b> außerhalb eines Krankenhauses <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein

<b>23. Ort, Datum der Ausfertigung</b> Stempel und Unterschrift des Leiters/der Leiterin
---

ZVA - 003K - 04/2016e

U.-Nr.

DVR: 0024163

**Allgemeine  
Unfallversicherungsanstalt**

<b>Dienststellen der AUVA</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Telefon</b>	<b>Fax</b>
<b>Landesstelle Graz</b> für Steiermark und Kärnten  <b>E-Mail:</b> GLA-DE@auva.at	Göstinger Straße 26 8020 Graz	+43 5 93 93-33000	+43 5 93 93-33396
<b>Landesstelle Linz</b> für Oberösterreich  <b>E-Mail:</b> LLA@auva.at	Garnisonstraße 5 4010 Linz	+43 5 93 93-32000	+43 5 93 93-32390
<b>Landesstelle Salzburg</b> für Salzburg, Tirol und Vorarlberg  <b>E-Mail:</b> SLA-DE@auva.at	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  <b>E-Mail:</b> WLA-DE@auva.at	Webergasse 4 1200 Wien	+43 5 93 93-31000	+43 5 93 93-31690