

Unfallmeldung für Patientinnen und Patienten in Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge oder Rehabilitation

Wichtig: Meldepflicht binnen fünf Tagen besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit.

Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigungen von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

Kontaktdaten: www.auva.at/unfallmeldung

1. Daten der verunfallten Person

1.1 Angaben zur verunfallten Person

Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum (TT MM JJJJ) Geschlecht
 weiblich männlich

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

1.2 Angaben zum Aufenthalt

Einweisender Sozialversicherungsträger

Behandlung stationär ambulant

(Geplanter) Aufnahmezeitpunkt (TT.MM.JJJJ)

(Geplanter) Entlassungstag (TT.MM.JJJJ)

2. Daten der Einrichtung

Rechtsträger der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land/Staat

Name der Behandlungseinrichtung (Gesundheitseinrichtung) wie Träger der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land/Staat

3. Angaben zum Unfall

3.1 Unfallzeitpunkt und Anwesenheit

Unfallzeitpunkt: Wochentag Datum Uhrzeit
um Unfallzeit nicht bekannt

(geplante) Anwesenheit bzw. Therapie/Untersuchung am Unfalltag von bis

3.2 Angaben zum Unfallort

Unfall in der Einrichtung (genaue Unfallstelle/Bereich)

Unfall außerhalb der Einrichtung (genaue Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Bei Wegunfällen

Weg zur Einrichtung Rückweg von der Einrichtung

sonstiger Weg (Zweck):

Adresse Ausgangsort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Adresse Zielort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3.3 Angaben zur Aktivität bzw. Behandlung

Art der Aktivität bzw. Behandlung zum Unfallzeitpunkt

- verordnete Therapie/Untersuchung
- Vortrag
- am Weg von bzw. zur Therapie/Untersuchung/Vortrag
- therapiefreie Zeit
- Sonstiges

3.4 Angaben zum Unfallhergang

Schilderung des Unfallherganges

Schilderung des Unfalles durch

- verunfallte Person
- Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Einrichtung
- andere Person

Zeugen

- keine
- Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Einrichtung
- andere Person
- nicht bekannt

Familienname, Vorname

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer

3.5 Angaben zur Unfallverletzung

Verletzungsart (z. B. Bruch, Schnittwunde, Prellung)

Unfall mit tödlichem Ausgang ja nein

Verletzter Körperteil (z. B. linke Hand)

Familienstand

Kinder ja nein

Rettungseinsatz durch Organisation ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Rettungsorganisation:

Unfallerhebung durch Polizei ja nein nicht bekannt

(wenn ja) Dienststelle:

Behandlung im Krankenhaus keine ambulant stationär ab

Name des Krankenhauses

Ärztliche Behandlung durch eine/einen niedergelassene/n Ärztin/Arzt nein ja, ab

Name der Ärztin/des Arztes

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

4. Angaben zur Unfallmeldung

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Fragen zum Unfall

Familienname, Vorname

Funktion

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Unfallmeldung erstellt von wie Ansprechpartnerin/Ansprechpartner

Familienname, Vorname

Funktion

Ort, Datum

Firmenstempel, firmenmäßige Zeichnung