

**Meldepflicht** besteht bei Tod oder mehr als drei Tagen Krankenstand.  
 Die **Meldefrist beträgt fünf Tage** (§ 129 B-KUVG i.V.m. § 363 ASVG).  
 Über Aufforderung durch die Unfallversicherung ist jedenfalls eine  
 Unfallmeldung auszufertigen (§ 16 B-KUVG).

# UNFALLMELDUNG

**Vom Dienstgeber auszufüllen!**

<b>FELD 1 Familien- und Vorname</b> (in Großbuchstaben)				Beamte/r <input type="checkbox"/>
				Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/>
				Politiker/in <input type="checkbox"/>
				Sonstige <input type="checkbox"/>
SVNr.	Geb.Datum	Zuständiger KV-Träger	Fam.-Stand	Anzahl d. Kinder unter 18 J.
Anschrift				Tel. Nr.
Dienststelle (genaue Bezeichnung und Anschrift der Arbeitsstätte)				Tel. Nr.
Personalführende Stelle (genaue Bezeichnung und Anschrift)				
<b>FELD 2</b>	Wochentag	Datum	Uhrzeit	Unfallstelle (genaue Orts- und Straßenbezeichnung)
Üblicher Aufgabenbereich bzw. Funktion des/der Versicherten im Betrieb:			Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignete:	
Zählt die Tätigkeit zu den dienstlichen Aufgaben des/der Versicherten? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN				
Bei Dienstreisen: Bestand ein Reiseauftrag? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN				
<b>FELD 3 Verletzter Körperteil und Verletzungsart:</b>				Vorgesehener Dienstbeginn am Unfalltag:
				Vorgesehenes Dienstende am Unfalltag:
In welches Krankenhaus eingeliefert? Wann? Ambulant oder stationär?				Krankenstand: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin (außerhalb des Spitals):				Tod: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>FELD 4 Genaue Schilderung des Unfallherganges:</b>				
<b>Bei Unfällen auf Wegen</b> (z.B. Wohnung – Dienststelle, Dienstfahrten)			Beim Unfallgeschehen anwesende Personen:	
Von wo ist der/die Versicherte weggegangen?			<input type="checkbox"/> Verunfallte Person alleine <input type="checkbox"/> Arbeitskollegen	
Wohin sollte er/sie sich begeben?			<input type="checkbox"/> Andere Personen (Name, Adresse, Telefonnr.):	
Liegt die Unfallstelle am üblichen Weg zwischen diesen Orten?				
Polizeiliche Erhebungen:		Anschrift der erhebenden Stelle:		Fremdverschulden:
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> UNGEKLÄRT
<b>FELD 5</b>	Name und Funktion des /der Dienstvorgesetzten			
	Name und Funktion des/der zuständigen Ansprechpartner/s/in			
Datum	Amtssiegel und Unterschrift des/der Dienstvorgesetzten		Telefon:	Fax: