



Unfallmeldung für Schüler

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.

1. Unfallzeitpunkt Datum _____ Uhrzeit _____
 Mo Di Mi
 Do Fr Sa So

DATEN DER SCHULE

2. Schule (Anschrift, PLZ/Ort) <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Schulkennzahl											3. Klasse	4. Für Rückfragen (Ansprechpartner/Tel.-Nr.)
5. Schultyp <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> polytechn. Schule <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> BAKI <input type="checkbox"/> andere:												
6. Privatschule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												

DATEN DES/DER VERUNFALLTEN SCHÜLERS/SCHÜLERIN

7. FAMILIENNAME Vorname _____ Wohnanschrift _____	8. Vers.-Nr. _____	Geburtsdatum Tag _____ Monat _____ Jahr _____	9. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	11. Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere:		
10. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters 	12. In der gesetzl. Krankenversicherung mitversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> konnte nicht erhoben werden		
	13. (geplante) Anwesenheitszeit des/der Verletzten am Unfalltag Beginn: _____ Ende: _____		
14. Dauer der Unterrichtsstunde, in der der Unfall passierte Beginn: _____ Ende: _____			

ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN

15. Unterrichtsart (bitte auch Angabe: Welche?) <input type="checkbox"/> Pflichtgegenstand <input type="checkbox"/> Schulveranstaltung <input type="checkbox"/> Freigegegenstand <input type="checkbox"/> schulbezogene Veranstaltung <input type="checkbox"/> unverbindliche Übung <input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung <input type="checkbox"/> Pause <input type="checkbox"/> Sonstige Welche: _____	16. Unfallstelle (bitte genau angeben, z.B. welcher Raum, wenn nicht ident mit der o. a. Anschrift, auch die Adresse) 17. Sportunfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Unfallhergang (bitte unbedingt Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und Unfallursache angeben) Bericht über das Unfallgeschehen durch <input type="checkbox"/> Verletzte/n selbst <input type="checkbox"/> Mitschüler <input type="checkbox"/> Lehrer <input type="checkbox"/> andere Person	
19. Bei Wegunfällen <input type="checkbox"/> zur Schule <input type="checkbox"/> von der Schule <input type="checkbox"/> sonstiger Weg Ausgangsort: _____ Zielort: _____ Zweck des Weges: _____	20. Bitte um Angabe bei Verkehrsunfällen: Wie bzw. womit war der/die Verletzte unterwegs? <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> PKW-Insasse <input type="checkbox"/> Skateboard <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Inline-Skater <input type="checkbox"/> Moped/Motorrad <input type="checkbox"/> anderes
21. Rettungseinsatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	22. Unfall mit tödlichem Ausgang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Erhebung durch Polizei/Gendarmerie? <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
24. Verletzter Körperteil (Körperseite?) _____	25. Verletzungsart _____
26. Behandlung im Krankenhaus Wann und welches? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	27. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein

28. Ort, Datum der Ausfertigung
Dienstsiegel und Unterschrift des Schulleiters

ZVA-003SCH-0504e
U.-Nr. _____ **SCH**
DVR: 0024163

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Dienststellen der AUVA	Anschrift	Telefon	Fax
Landesstelle Graz für Steiermark und Kärnten Außenstelle Klagenfurt	Göstinger Straße 26 A-8021 Graz Waidmannsdorfer Str. 35 A-9021 Klagenfurt	(0316) 505-0 (0463) 58 90-0	(0316) 505-2409 (0463) 58 90-4040
Landesstelle Linz für Oberösterreich	Garnisonstraße 5 A-4021 Linz Postfach 299	(0732) 23 33-0	(01) 331 11-89410-2100
Landesstelle Salzburg für Salzburg, Tirol und Vorarlberg Außenstelle Dornbirn Außenstelle Innsbruck	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 A-5010 Salzburg Eisengasse 12 A-6850 Dornbirn Meinhardstraße 16 A-6020 Innsbruck	(0662) 21 20-0 (05572) 269 42-0 (0512) 520 55-0	(0662) 21 20-4401 (05572) 269 42-85 (0512) 520 55-85
Landesstelle Wien für Wien, NÖ und Burgenland Außenstelle Oberwart Außenstelle St. Pölten	Webergasse 4 A-1203 Wien Hauptplatz 11 A-7400 Oberwart Wiener Straße 54 3100 St. Pölten	(01) 331 33-0 (03352) 353 56-0 (02742) 258 950-0	(01) 331 33-530 (03352) 353 56-606 (02742) 258 950-606