

## Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

## Meldung einer Berufskrankheit durch das Unternehmen

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 **SV-Nummer** a) Familienname (in Blockschrift): Geburtsdatum Т M M Vorname: Frühere Namen: b) Wohnanschrift: Geschlecht weiblich männlich Staatsbürgerschaft: 2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis Anzahl der im Unternehmen a) Unternehmen (Firma): beschäftigten Personen: b) Anschrift des Betriebes: g) zuständige Krankenkasse: Dienstgeberkontonr.: h) Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht? c) Art des Betriebes (Branche): nein Bezirkshauptmannschaft der Arbeitsstätte: Bei mehreren Arbeitsstätten (Filialen) Anschrift der Arbeitsstätte, in der/die Versicherte tätig ist, angeben: Fachkraft angelernt e) im Betrieb seit: Lehrling ☐ Hilfsarbeiter beschäftigt als: 3. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)? b) Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann: c) Dauer dieser Tätigkeit: Behandlung im Krankenhaus: Behandlung in der Ordination: nein ambulant stationär nein Datum, Name (evtl. Anschrift) angeben ia (Datum, Name u. Anschrift angeben) Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen/Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet? Wurden bei dem/der Versicherten Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach den Bestimmungen der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz (VGÜ) durchgeführt? ia. und zwar: nein Ist eine arbeitsmedizinische oder sicherheitstechnische Beratung durch die AUVA gewünscht?

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

## Ort, Datum:

ZVA - 40 - 0800

Name und Funktion des/der Ersteller(s)in, Tel.-Nr./Fax-Nr. für evtl. Rückfragen:

**Unterschrift und Stempel** 

DVR: 0024163