

Unfallmeldung => Schüler/Schülerinnen

gemäß § 363 Ofa des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

WICHTIG: Bei jeder körperlichen Schädigung besteht gesetzliche Meldepflicht innerhalb von fünf Tagen. Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prosthetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

1. Unfallzeitpunkt	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 SCHULE

DATEN DES/DER VERUNFALLTEN SCHÜLERS/SCHÜLERIN

7. FAMILIEN-/NACHNAME Vorname Wohnanschrift	8. a Vers.-Nr. <input type="text"/>				9. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	8. b Geburts- datum	Tag	Monat	Jahr	
10. Name und Anschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin	11. Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere:				
	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"/> Freigegenstand <input type="checkbox"/> schulbezogene Veranstaltung <input type="checkbox"/> unverbindliche Übung <input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung <input type="checkbox"/> Pause <input type="checkbox"/> Sonstige	16. Unfallstelle (bitte genau angeben, z.B. welcher Raum, wenn nicht ident mit der o. a. Anschrift, auch die Adresse)
Welche:		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 Verletzte/n selbst Mitschüler/in Lehrer/in andere Person

19. Bei Wegenunfällen: **20. Bitte um Angabe bei Verkehrsunfällen:**

19. Bei Wegzurück:

zur Schule von der Schule

sonstiger Weg

Ausgangsort:
Zielort:
Zweck des Weges:

20. Bitte um Angabe bei Verkehrsunfallen:
Wie bzw. womit war der/die Verletzte unterwegs?

Fußgänger/in Fahrrad
 PKW Skateboard
 öffentl. Verkehrsmittel Inline-Skates
 Moped/Motorrad anderes

21. Rettungseinsatz? ja nein nicht bekannt

23. Erhebung durch Polizei	<input type="checkbox"/> ja, Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
24. Verletzter Körperteil (Körperseite?)	25. Verletzungsart		

26. Behandlung im Krankenhaus ja nein
Wann und welches? ambulant stationär

Wann und welches:	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben)	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------------

**Allgemeine
Unfallversicherungsanstalt**

Dienststellen der AUVA	Anschrift	Telefon	Fax
Landesstelle Graz für Steiermark und Kärnten	Göstinger Straße 26 8020 Graz	+43 316 505-0	+43 316 505-2409
Landesstelle Linz für Oberösterreich	Garnisonstraße 5 4017 Linz	+43 732 23 33-0	+43 732 23 33-8300
Landesstelle Salzburg für Salzburg, Tirol und Vorarlberg	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 5010 Salzburg	+43 662 21 20-0	+43 662 21 20-4401
Landesstelle Wien für Wien, NÖ und Burgenland	Webergasse 4 1200 Wien	+43 1 331 33-0	+43 1 331 33-530