

Meldung einer Berufskrankheit durch das Unternehmen

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

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 Außenstellen erhältlich. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

1. Angaben zum/zur Versicherten

a) Familienname: Vorname: Frühere Namen:	d) Sozialversicherungsnummer: (10-stellig!) - HV-Nr. Geburtsdatum
b) Wohnanschrift:	e) Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
c) Familienstand:	f) Staatsbürgerschaft:
	f) Zahl der Kinder unter 18 Jahren:

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

a) Bei welchem Unternehmen (Firma) ist der/die Versicherte tätig:	
b) Anschrift des Betriebes:	
c) Art des Betriebes (Branche):	f) Diensteigenschaft : <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/> Beamter
d) Bei mehreren Arbeitsstätten (Filialen) Anschrift der Arbeitsstätte, in der/die Versicherte tätig ist, angeben:	g) Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) im Betrieb seit: beschäftigt als:	h) <input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter

3. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

a) Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)? Lfd. Nr.: <input type="text"/> Berufskrankheit: <input type="text"/>	
b) Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann: 	
c) Dauer dieser Tätigkeit:	
d) Behandlung im Krankenhaus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum, Name (evtl. Anschrift) angeben <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	e) Behandlung in der Ordination: <input type="checkbox"/> ja (Datum, Name u. Anschrift angeben)
e) Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen/Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?	
f) Frühere berufskrankheitsspezifische bzw. berufskrankheitsverwandte Erkrankungen oder Symptome: Wurden bei dem/der Versicherten Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach den Bestimmungen der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz (VGÜ) durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> nein	



g) Wahrgenommene Krankheitserscheinungen bei der/dem Versicherten:

Erstmaliges Auftreten der Beschwerden:

Vermutung der/des Versicherten über die Ursache der Beschwerden:

h) Hatte die/der Versicherte vor Eintritt der Erkrankung volle Arbeitskraft?:
 ja nein **Wenn NEIN - Begründung:**

Bezieht oder bezog die/der Versicherte wegen Krankheit, Invalidität, Berufsunfähigkeit, Unfall oder Berufskrankheit Leistungen von einem gesetzlichen Versicherungsträger?
 ja nein **Wenn JA - von welcher Stelle?:**

i) Frühere Beschäftigungen ähnlicher Art (Firma, Ort, Zeit):

Erlerner Beruf:

j) Bemerkungen:

Der/die Versicherte wurde über die Meldung informiert!

Ort, Datum:
Name und Funktion des/der Ersteller(s)in:

Tel.-Nr./Fax-Nr. für evtl. Rückfragen:

Unterschrift und Stempel