

# Unfallmeldung für Personen in Bildungseinrichtungen

gemäß § 363 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

**Wichtig: Bei jeder körperlichen Schädigung besteht gesetzliche Meldepflicht innerhalb von 5 Tagen.**  
Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

Erläuterungen zu den in [ ] angeführten Buchstaben zum jeweiligen Feld finden Sie in der Ausfüllhilfe.

## 1. Daten der verunfallten Person

### 1.1 Angaben zur Person

Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)	Geschlecht	Staatsbürgerschaft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>
Familienname, Vorname			
<input type="text"/>			
Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			
<input type="text"/>			
In der gesetzlichen Krankenversicherung (mit)versichert [a] <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt			
(wenn ja) Krankenversicherungsträger <input type="text"/>			
Klasse (Schule)	Studienrichtung (Uni/FH)	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Ordentlicher Hörer (Uni/FH)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Matrikelnummer (Uni/FH)	<input type="text"/>	

### 1.2 Angaben zur gesetzlichen Vertretung

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer

## 2. Daten der Bildungseinrichtung

Name der Bildungseinrichtung	Kennzahl der Bildungseinrichtung [a]
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
<input type="text"/>	
Art der Bildungseinrichtung	Private Bildungseinrichtung
<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> AHS <input type="checkbox"/> Universität <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> Fachhochschule <input type="checkbox"/> NMS/HS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pädagogischer Schwerpunkt [b]	<input type="text"/>

## 3. Angaben zum Unfall

### 3.1 Unfallzeitpunkt und Anwesenheit

Wochentag	Datum	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	um <input type="text"/>
(geplante) Anwesenheit am Unfalltag [a] von	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>

### 3.2 Angaben zum Unfallort

Unfall in der Bildungseinrichtung (genaue Unfallstelle) [b]

Unfall außerhalb der Bildungseinrichtung (vollständige Anschrift) [c]

Bei Wegunfällen [d]

zur Bildungseinrichtung       von der Bildungseinrichtung

sonstiger Weg (Zweck)

Adresse Ausgangsort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Adresse Zielort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Art der Fortbewegung

zu Fuß       Moped/Motorrad       Skateboard

öffentliches Verkehrsmittel       Fahrrad       Sonstiges

PKW       Scooter/Roller

### 3.3 Angaben zur Aktivität, zum Unterricht bzw. zur Lehrveranstaltung

Art der Aktivität, des Unterrichts bzw. der Lehrveranstaltung zum Unfallzeitpunkt [e]

Pflichtgegenstand       Nachmittagsbetreuung       Vorlesung

Freigegegenstand       Schulveranstaltung       praktische Übung

unverbindliche Übung       schulbezogene Veranstaltung       (Pro-)Seminar

Pause       Freispielphase       Sonstiges

Details zur Aktivität, zum Unterricht bzw. zur Lehrveranstaltung [f]

Sportunfall [g]       ja       nein

### 3.4 Angaben zum Unfallhergang

Was hat die verunfallte Person zum Unfallzeitpunkt getan? [h]

Welcher Gegenstand war daran beteiligt? [i]

Was verlief anders als üblich? [j]

Welcher Gegenstand war daran beteiligt? [k]

Wodurch wurde die verunfallte Person verletzt? [l]

Welcher Gegenstand war daran beteiligt? [m]

Schilderung des Unfallherganges [n]

Schilderung des Unfalles durch

verunfallte Person       pädagogisches Fachpersonal       andere Person

### 3.5 Angaben zur Unfallverletzung

Verletzungsart (z. B. Bruch, Schnittwunde, Prellung)

Unfall mit tödlichem Ausgang

ja  nein

Verletzter Körperteil (z. B. linke Hand) [o]

Rettungseinsatz  ja  nein  nicht bekannt

(wenn ja) Rettungsorganisation

Unfallaufnahme durch Polizei  ja  nein  nicht bekannt

(wenn ja) Dienststelle

Behandlung im Krankenhaus  keine  ambulant  stationär

ab wann

Name des Krankenhauses

Ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses  nein

ja, ab wann

Name der Ärztin/des Arztes

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

### 4. Angaben zur Unfallmeldung

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für Fragen zum Unfall

Familienname, Vorname

Funktion [a]

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Unfallmeldung erstellt von  wie Ansprechpartnerin/Ansprechpartner

Familienname, Vorname

Funktion [a]

Ort, Datum der Ausfertigung

Stempel/Dienstsiegel und Unterschrift durch die Leitung der Bildungseinrichtung