



# Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

## UNFALLMELDUNG

für Schüler (gemäß § 363 Abs. 4 des ASVG)

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		: Uhr

### DATEN DER SCHULE

2. Schule (Anschrift, PLZ/Ort) <i>Hauptschule II Jenbach</i> <i>Josef-Sattlerstr. 1</i> <i>6200 Jenbach</i>	3. Klasse	4. Für Rückfragen Ansprechpartner/Tel.Nr.
Schulkennzahl 709032	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"/> anderer:	6. Privatschule? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

### DATEN DES/DER VERUNFALLTEN SCHÜLERS/SCHÜLERIN

7. FAMILIENNAME Vorname Wohnanschrift	8. SV-Nummer Geburtsdatum (TTMMJJ)
10. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters	9. Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
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: : Uhr Ende: : Uhr	14. Dauer der Unterrichtsstunde, in der der Unfall passierte Beginn: : Uhr Ende: : Uhr

### 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:  Verletzten selbst  Mitschüler  Lehrer  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?  ja, Dienststelle:  nein  nicht bekannt

24. Verletzter Körperteil (Körperseite?)	25. Verletzungsart
--	--------------------

26. Behandlung im Krankenhaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	27. Arztbehandlung (außerhalb eines Krankenhauses) <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift und Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein
---	---

28. Ort und Datum der Ausfertigung  
*Jenbach,*

Dienstsiegel und Unterschrift des Schulleiters

U.-Nr.

ZVA - 3SCH - 0399

# SCH

DVR: 0024163

Unterstützen Sie uns bei der Unfallverhütung, um möglichst Unfälle zu vermeiden.

Zur Vorbeugung von Unfällen bietet Ihnen das Expertenteam der AUVA gerne Rat und Hilfe an.

Wenden Sie sich bitte mit Ihren Fragen und Wünschen an die für Ihren Bereich zuständige Landesstelle!

**Bei jeder körperlichen Schädigung besteht gesetzliche Meldepflicht innerhalb von 5 Tagen!**

Außenstelle Klagenfurt, Waidmamsdorfer-Str. 35, A-9021 Klagenfurt, Tel (0463) 51 46 66-0, Fax (0463) 58 90 440  
 Außenstelle St. Pölten, Wiener Straße 54, A-3109 St. Pölten, Tel (02742) 25 89 50-0, Fax (02742) 25 89 50 606  
 Außenstelle Innsbruck, Meinhardstr. 5a, A-6020 Innsbruck, Tel (0512) 52 0 55-0, Fax (0512) 52 0 55 85  
 Außenstelle Oberwart, Hauptplatz 11, A-7400 Oberwart, Tel (03352) 35 3 56-0, Fax (03352) 35 3 56 606  
 Außenstelle Dornbirn, Eisengasse 12, A-6850 Dornbirn, Tel (05572) 26 9 42-0, Fax (05572) 26 9 42 85

Landesstelle für Smk. und Kärnten, Göstinger-Str. 26, A-8021 Graz  
 Tel (0316) 505-0, Fax (0316) 505 2409

Landesstelle für Slbg., Tirol und Vbg., Dr.-Franz-Rehr-Pl. 5, A-5010 Sibg.  
 Tel (0662) 65 80-0, Fax (0662) 65 80 401

Landesstelle für Wien, NO und Bgld., Weiberg. 4, A-1203 Wien  
 Tel (01) 33 1 33-0, Fax (01) 33 1 33 530

Landesstelle für OO, Blumauerplatz 1, A-4021 Linz  
 Tel (0732) 69 20-0, Fax (0732) 69 20 562