

Ärztliche Meldung einer Berufskrankheit

Jede Ärztin und jeder Arzt ist nach den gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, eine Berufskrankheit (§ 177 ASVG) bzw. den Verdacht einer Berufskrankheit zu melden. Berufskrankheiten sind in der Liste der Berufskrankheiten angeführt (siehe Anlage 1 zum ASVG). Darüber hinaus können auch Erkrankungen als Berufskrankheiten gelten, wenn sie durch schädigende Stoffe oder Strahlen (gemäß Generalklausel, § 177 Abs. 2) verursacht werden. Im Interesse der/des Versicherten ersuchen wir um ein möglichst vollständiges Ausfüllen des Formulars.

Kontaktdaten: www.auva.at/bk-meldung

1. Angaben zur erkrankten Person

Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum (TT MM JJJJ) Geschlecht
 weiblich männlich

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer E-Mail-Adresse

2. Angaben zum Unternehmen

Name des Unternehmens

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Art des Betriebes (Branche)

Arbeitsstätte, in der die versicherte Person tätig ist/war: wie Adresse des Unternehmens

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3. Angaben zur Beschäftigung

Ausgeübte Tätigkeit (z. B. Tischler):

Art der Beschäftigung:

Arbeiterin/Arbeiter selbständig erwerbstätig sonstiges

Angestellte/Angestellter Vertragsbedienstete/-bediensteter

Lehrling in Pension/Ruhestand

4. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)?

Lfd. Nr.: Berufskrankheit (Bezeichnung):

Subjektive Beschwerden:

Beginn der Erkrankung:

Beschreibung sonstiger berufsbezogener Erkrankungen:

Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufserkrankung verursacht haben kann:

Dauer dieser Tätigkeit:

Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen bzw. Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?

Vorliegende berufskrankheitsspezifische Untersuchungsbefunde (*Schwerpunkt: berufskrankheitstypische Krankheitserscheinungen*):

5. Angaben zur ärztlichen Behandlung

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen

Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Bemerkungen:

6. Angaben zur Erstellung der Meldung

Die/der Versehrte wurde über die Meldung informiert ja nein

Name der meldenden Ärztin bzw. des meldenden Arztes

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

7. Honorar für Erstattung der Meldung

Bankverbindung:

Kontoinhaber, IBAN:

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes