

## Meldung einer Berufskrankheit

Bitte melden Sie als behandelnder/r Arzt/Ärztin, Arbeitsmediziner/in oder Dienstgeber mit diesem Formular eine Berufskrankheit. Meldepflicht besteht bei Tod oder Beginn der Erkrankung. Die Meldepflicht beträgt fünf Tage! (§92 B-KUVG und § 177 ASVG in Zusammenhang mit der Anlage 1 des ASVG)

Angaben zur Person	
Versicherungsnummer	
Name	
Wohnadresse	
Telefonnummer	

Angaben zum Unternehmen/Betrieb/Dienststelle	
Bezeichnung	
Adresse	
Art des Betriebes (Branche)	
Dienst-/Arbeitsstätte	
Adresse	

Angaben zur Beschäftigung	
Ausgeübte Tätigkeit (z.B. Tischler)	
Art der Beschäftigung (Beamter, Vertragsbediensteter, Lehrling, etc.)	

### Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

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

Lfd. Nr:	
Bezeichnung	
Subjektive Beschwerden	
Beginn der Erkrankung	
Beschreibung sonstiger berufsbezogener Erkrankungen	

**Genaue Beschreibung der Tätigkeit die die Berufskrankheit verursachen haben kann.**

--	--

Dauer dieser Tätigkeit	
------------------------	--

**Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen bzw. Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet**

--	--

**Vorliegende berufskrankheitsspezifische Untersuchungsbefunde**

--	--

### Behandelnde Ärzte und Einrichtungen inkl. Anschrift und Behandlungszeitraum


### Meldender Arzt / Ärztin (wenn Meldung durch Arzt / Ärztin)

Name	
Adresse	
Kontoinhaber / Bankverbindung	

### Kontaktdaten (wenn Meldung durch Dienstgeber)

Vorgesetzte bzw. Vorgesetzter inkl. Funktion	
Ansprechperson für Rückfragen	
Tel. der Ansprechperson	
Erstellungsdatum	
Amtssiegel und Unterschrift	