

Meldung einer Berufskrankheit

Bitte melden Sie als behandelnde/r Ärztin/Arzt, 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 Betriebs (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)?**

Laufende Nummer	
Bezeichnung	
Subjektive Beschwerden	
Beginn der Erkrankung	
Beschreibung sonstiger berufsbezogener Erkrankungen	

Genauere Beschreibung der Tätigkeit, welche die Berufskrankheit verursacht haben kann.

--

Dauer dieser Tätigkeit

Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen bzw. Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?

--

Vorliegende berufskrankheitsspezifische Untersuchungsbefunde

--

Behandelnde Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen inkl. Anschrift und Behandlungszeitraum

Meldende/r Ärztin/Arzt (wenn Meldung durch Ärztin/Arzt)

Name	
Adresse	
Kontoinhaber/in / Bankverbindung	

Kontakt Daten (wenn Meldung durch Dienstgeber)

Vorgesetzte bzw. Vorgesetzter inkl. Funktion	
Ansprechperson für Rückfragen	
Tel. der Ansprechperson	
Erstellungsdatum	
Amtssiegel bzw. Firmenstempel und Unterschrift der/des Dienstvorgesetzten	