

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