



**Unfallmeldung** für Studierende an Universitäten, Pädagogischen Hochschulen, Fachhochschul-Studiengängen u. Ä.  
gemäß § 363 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

**WICHTIG:** Bei jeder körperlichen Schädigung besteht gesetzliche Meldepflicht innerhalb von fünf Tagen. Unfälle mit Zahnschäden oder Beschädigung von prothetischen Hilfsmitteln sind jedenfalls zu melden.

**1. Unfallzeitpunkt** (Wochentag, Datum, Uhrzeit)

**DATEN DER UNIVERSITÄT/FACHHOCHSCHULE/AKADEMIE/DES INSTITUTES**

|  |  |
|--|--|
| <b>2. Bezeichnung</b> (Anschrift, PLZ/Ort) | <b>3. Für Rückfragen</b> (Ansprechperson/Tel.) |
|--|--|

**DATEN DES/DER VERUNFALLTEN STUDIERENDEN**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>4. FAMILIEN-/NACHNAME</b><br><br>Vorname<br><br>Wohnanschrift   | <b>5. a Vers.-Nr.</b> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <b>6. Geschlecht</b><br><br><input type="checkbox"/> männlich<br><input type="checkbox"/> weiblich |
|  | <b>5. b Geburtsdatum</b> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>  |  |
| <b>7. Staatsbürgerschaft</b>   |  |  |
| <b>8. Studienrichtung</b><br><br>ordentliche/r Hörer/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Matrikelnummer <input type="text"/> | <b>9. gesetzliche Krankenversicherung</b><br><br><input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> als Angehörige/r mitversichert<br><input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> konnte nicht erhoben werden |  |
| <b>10. (geplante) Anwesenheitszeit des/der Verletzten am Unfalltag</b> Beginn: <input type="text"/> Ende: <input type="text"/>   |  |  |
| <b>11. Dauer der Lehrveranstaltung, in der der Unfall passierte</b> Beginn: <input type="text"/> Ende: <input type="text"/>  |  |  |

**ANGABEN ZUM UNFALLGESCHEHEN UND ZU DEN UNFALLFOLGEN**

|  |  |
|--|--|
| <b>12. Art der Lehrveranstaltung</b> (z. B. Vorlesung, praktische Übung, (Pro-)Seminar, Exkursion u. Ä.)   | <b>13. Unfallstelle</b> (bitte genau angeben, z. B. welcher Raum, wenn nicht ident mit der o. a. Anschrift, auch die Adresse)  |
| <b>14. Unfallhergang</b> (bitte unbedingt Tätigkeit, verletzungsbewirkenden Gegenstand/Arbeitsstoff und Unfallursache angeben)<br><br>Bericht über das Unfallgeschehen durch <input type="checkbox"/> Verletzte/n selbst <input type="checkbox"/> Mitstudierende/n <input type="checkbox"/> Lehrende/n <input type="checkbox"/> andere Person  |  |
| <b>15. Bei Wegunfällen</b><br>Ausgangsort:<br>Zielort:<br>Zweck des Weges:   | <b>16. Bitte um Angabe bei Verkehrsunfällen:</b><br>Wie bzw. womit war der/die Verletzte unterwegs?<br><input type="checkbox"/> Fußgänger/in <input type="checkbox"/> Fahrrad<br><input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Skateboard<br><input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Inline-Skates<br><input type="checkbox"/> Moped/Motorrad <input type="checkbox"/> anderes |
| <b>17. Rettungseinsatz?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt   | <b>18. Unfall mit tödlichem Ausgang?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>19. Erhebung durch Polizei</b> <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle: <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt   |
| <b>20. Verletzter Körperteil</b> (Körperseite?)  | <b>21. Verletzungsart</b>  |
| <b>22. Behandlung im Krankenhaus</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Wann und welches? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär   | <b>23. Ärztl. Behandlung</b> außerhalb eines Krankenhauses<br><input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift u. Datum angeben) <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>24. Könnten Maßnahmen getroffen werden, um zukünftig solche oder ähnliche Unfälle zu vermeiden?</b><br><input type="checkbox"/> ja, welche?<br><input type="checkbox"/> nein, warum nicht?<br><p style="text-align: center;">Zur Vorbeugung von Unfällen bietet Ihnen das Expertenteam der AUVA gerne Rat und Hilfe an.<br/>Wenden Sie sich bitte mit Ihren Fragen und Wünschen an die für Ihren Bereich zuständige Landesstelle!</p> |  |

|   |
|---|
| <b>25. Ort, Datum der Ausfertigung</b><br><b>Dienstsiegel der Einrichtung</b><br><b>Unterschrift</b><br>(Leiterin/Leiter der Einrichtung) |
|---|

ZVA-003ST-09/2014e

DVR: 0024163

Wegunfälle zu oder von einer Lehrveranstaltung sind durch jene Stelle zu melden, der die Lehrveranstaltung zugeordnet ist  
- sonstige Wegunfälle durch jene Stelle, an der der/die Studierende im Semester des Unfalles vorwiegend studiert.

**Allgemeine  
Unfallversicherungsanstalt**

| <b>Dienststellen der AUVA</b>  | <b>Anschrift</b>                         | <b>Telefon</b>    | <b>Fax</b>        |
|--|--|-------------------|-------------------|
| <b>Landesstelle Graz</b><br>für Steiermark und Kärnten                                       | Göstinger Straße 26<br>8020 Graz         | +43 5 93 93-33000 | +43 5 93 93-33396 |
| <b>Landesstelle Linz</b><br>für Oberösterreich   | Garnisonstraße 5<br>4010 Linz            | +43 5 93 93-32000 | +43 5 93 93-32390 |
| <b>Landesstelle Salzburg</b><br>für Salzburg, Tirol und Vorarlberg                           | Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5<br>5010 Salzburg | +43 5 93 93-34000 | +43 5 93 93-34386 |
| <b>Landesstelle Wien</b><br>für Wien, NÖ und Burgenland<br><br><b>E-Mail:</b> WLA-DE@auva.at | Webergasse 4<br>1200 Wien                | +43 5 93 93-31000 | +43 5 93 93-31690 |