



Ärztliche Meldung einer Berufskrankheit

gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

Jeder Arzt/ jede Ärztin 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 (s. 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 des/der Versicherten ersuchen wir um ein **möglichst vollständiges Ausfüllen** des Formulars. Das Ausfüllen dieser Meldung wird mit Euro 5,81 honoriert. Meldeformulare sowie die Liste der Berufskrankheiten sind in unseren Landesstellen erhältlich.

Landesstelle GRAZ f. Steiermark u. Kärnten, Göstinger Straße 26, 8021 Graz, Tel. 0316 505-0, Fax 0316 505-2409
Landesstelle LINZ f. Oberösterreich, Garnisonstr. 5, 4017 Linz, Tel. 0732 23 33-0, Fax 0732 23 33-8300
Landesstelle SALZBURG f. Salzburg, Tirol u. Vorarlbg., Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg, Tel. 0662 21 20-0, Fax 0662 21 20-4401
Landesstelle WIEN f. Wien, NÖ u. Burgenland, Webergasse 4, 1203 Wien, Tel. 01 331 33-0, Fax 01 331 33-530

1. Angaben zum/zur Versicherten

a) FAMILIENNAME: Vorname: Frühere Namen:	c) Vers.-Nr. Geburtsdatum Tag Monat Jahr <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
b) Wohnanschrift:	d) Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
	e) Staatsbürgerschaft:			

2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

a) Bei welchem Unternehmen (Firma) ist der/die Versicherte tätig:	
b) Anschrift des Betriebes:	
c) Art des Betriebes (Branche):	f) zuständige Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Arb. <input type="checkbox"/> Ang.
d) Bei mehreren Arbeitsstätten (Filialen) Anschrift der Arbeitsstätte, in der der/die Versicherte tätig ist, angeben:	g) Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) im Betrieb seit: beschäftigt als:	h) <input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Hilfsarbeiter/Hilfsarbeiterin

3. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

a) Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)? Lfd. Nr.: Berufskrankheit: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
b) Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann:		
c) Dauer dieser Tätigkeit:		
d) Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen/Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?		
e) Frühere berufskrankheitsspezifische bzw. berufskrankheitsverwandte Erkrankungen oder Symptome: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anamnese:		

f) Frühere berufskrankheitsrelevante Expositionen (Name und Anschriften der früheren Arbeitgeber, Zeitangaben):

g) Wurden bei dem/der Versicherten Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach den Bestimmungen der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz (VGÜ) durchgeführt?
 ja, und zwar:
 nein
 Bemerkungen (z. B. Verkürzungen, Nichteignung):

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

i) Frühere berufskrankheitsrelevante Untersuchungen:
 ja durch wen?
 nein
 Untersuchungsbefunde:

j) Wann wurde mit einer ärztlichen Behandlung begonnen?
 Bei wem?

k) Behandlung im Krankenhaus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum, Name (evtl. Anschrift) angeben <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	l) Behandlung in der Ordination: <input type="checkbox"/> ja (Datum, Name u. Anschrift angeben) <input type="checkbox"/> nein
--	---

m) Ist der/die Versicherte arbeitsunfähig?
 ja seit wann?
 nein

n) Welche Maßnahmen zur Therapie bzw. Expositions-Minderung wurden bisher durchgeführt?
 Medizinische Maßnahmen
 ja, und zwar:
 nein
 Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen
 ja, und zwar:
 nein
 Bemerkungen:

o) Im Falle des Todes
 - Sterbedatum:
 - Wann und durch wen hat eine Obduktion stattgefunden?

p) Bemerkungen:

Der/die Versicherte wurde über die Meldung informiert!

Ort, Datum:

Name und Adresse des meldenden Arztes/der meldenden Ärztin:

Bankverbindung:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

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