



Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
Abteilung XIII-HSt.
Postfach 500
1081 Wien

Meldung einer Berufskrankheit

Bitte melden Sie als behandelnde/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 in Zusammenhang mit der Anlage 1 des ASVG)

INFO Bitte beachten Sie: * Dieses Feld muss ausgefüllt sein.

Zutreffendes bitte ankreuzen

FELD 1

Familienname *	<input type="text"/>	Akad. Grad	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer *	<input type="text"/>
Amtstitel bzw. Vertragsbedienstete/r	<input type="text"/>	Anzahl der Kinder unter 18 Jahren	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		Tel. Nr. <input type="text"/>

Dienststelle (genaue Adresse der Arbeitsstätte)	Tel. Nr.
Personalführende Stelle, Adresse	
Bezugsanweisende Stelle, Adresse	
Zuständiger Krankenversicherungsträger	
Vorbeschädigung (Dienstunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung)	
Minderung der Erwerbsfähigkeit v. H. laut Bescheid v.	

FELD 2 Angaben bitte nicht in Abkürzungen!	
Welche Tätigkeit führt der/die Versicherte aus?	
Seit wann?	
Beschreibung der Tätigkeit (Lärmarbeit), die zur Erkrankung geführt hat:	
Zeitraum dieser Tätigkeit (Monat, Jahr):	
Lärmarbeit, die der/die Versicherte früher ausgeübt hat? Wann?	Wann hat der/die Versicherte krankheitsbedingt seinen/ihren Dienst beendet?.....
	Wann hat der/die Versicherte die schädigende Tätigkeit aufgegeben?
FELD 3	
Welche Krankheitserscheinungen sind bei dem/der Versicherten wahrgenommen worden?	
Seit wann ist der/die Versicherte erkrankt?	
Worauf führt der/die Versicherte die Erkrankung zurück?	
In welchem Krankenhaus wurde/wird die Behandlung durchgeführt?	Seit wann?
	Stationär oder ambulant?
Name und Adresse des/der behandelnden Arztes/Ärztin:	
Name und Adresse von Personen, die über äußere Umstände bei Eintritt der Erkrankung Auskunft geben können:	
Um welche Berufskrankheit handelt es sich (Ifd. Nr. lt. ASVG)?	
FELD 4 (Bei Erstattung der Anzeige durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin)	
Kurzer Untersuchungsbefund mit besonderer Hervorhebung der für die angenommene Berufskrankheit kennzeichnenden Krankheitserscheinungen:	
Frühere Erkrankungen gleicher oder ähnlicher Art:	Deren Zeitpunkt:
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ort, Datum Stempel und Unterschrift der Dienststelle bzw. des/der behandelnden Arztes/Ärztin </div>	