



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. ....	

<b>FELD 2            Angaben bitte nicht in Abkürzungen!</b>	
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? .....
<b>FELD 3</b>	
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)?	
<b>FELD 4            (Bei Erstattung der Anzeige durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin)</b>	
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; align-items: flex-end;"> <div style="width: 40%;">Ort, Datum</div> <div style="width: 55%; text-align: right;">Stempel und Unterschrift der Dienststelle bzw. des/der behandelnden Arztes/Ärztin</div> </div>	