

MELDUNG EINER BERUFSKRANKHEIT

Selbständig Erwerbstätige sowie Betriebsführer/Betriebsführerinnen eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes oder deren Bevollmächtigte und die sonstigen meldepflichtigen Personen oder Stellen haben die Berufskrankheit (§ 177 ASVG/§ 148e BSVG) eines/einer Unfallversicherten binnen 5 Tagen nach dem Beginn der Krankheit dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden. Die meldepflichtigen Berufskrankheiten sind in einer besonderen Liste (Anlage 1 zum ASVG) zusammengefasst. Diese Liste kann bei der SVS angefordert werden.

Die Meldung ist in jedem Fall unter Verwendung dieses Vordruckes an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu senden.

Daten des/der Erkrankten				
Familien- oder Nachname und Vorname des/der Erkrankten		Personenzustand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> hinterbliebene(r) eingetragene(r) Partner(in)	Versicherungsnummer	
Frühere(r) Name(n)			Laufnummer	Geburtsdatum
Wohnanschrift			4-stellig (z.B. 1234)	Tag (z.B. 01) Monat (z.B. 01) Jahr (z.B. 70)
Postleitzahl	Postort		Telefonnummer	
Bei minderjährigen oder unter Erwachsenenschutz stehenden Verletzten Name und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin (Vater, Mutter, ErwachsenenvertreterIn)				
Unterhaltspflichten bestehen für	<input type="checkbox"/> Ehegatte/in/ eingetragene(r) Partner/in	<input type="checkbox"/> geschiedene(r) Ehegatte/in/ eingetragene(r) Partner/in	<input type="checkbox"/> Kinder unter 18 Anzahl:	<input type="checkbox"/> Kinder über 18 Anzahl:

Daten zur selbständigen Tätigkeit			
Bei welcher Art einer selbständigen Tätigkeit entstand die Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ausübung eines Gewerbes	<input type="checkbox"/> Ausübung einer sonstigen selbständigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit (z.B. Arzt, Wirtschaftstreuhänder etc.) bzw. Künstler
Name des Unternehmens/der Firma/Bezeichnung der selbständigen/freiberuflichen Tätigkeit			Anzahl der Beschäftigten
Anschrift/Postleitzahl/Postort			
<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse			
Ausübung der selbständigen Tätigkeit seit (Jahr ausreichend)	Umfang der Gewerbeberechtigung/selbständigen Tätigkeit/Berufsbezeichnung		

Daten zur Land- und Forstwirtschaft			
Im Zusammenhang mit welchem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb entstand die Krankheit?	<input type="checkbox"/> eigener land(forst)w. Betrieb	<input type="checkbox"/> Betrieb des Ehegatten/der (Groß-/Schwieger) Eltern/eines (Schwieger-/Enkel-)Kindes/des Bruders/der Schwester	<input type="checkbox"/> fremder Betrieb
Bei Tätigkeit für einen anderen als den eigenen Betrieb: Name des Betriebsführers/der Betriebsführerin			VSNR oder Geburtsdatum
Anschrift/Postleitzahl/Postort			Telefonnummer <input type="checkbox"/> wie oben
<input type="checkbox"/> wie Wohnadresse			

Sonstiges			
Weitere ausgeübte Berufe bzw. Beschäftigungen zum Zeitpunkt des Eintritts der Krankheit?	<input type="checkbox"/> selbständige Tätigkeit bzw. Gewerbe	<input type="checkbox"/> freiberufliche Tätigkeit/KünstlerIn	<input type="checkbox"/> Landwirt/Landwirtin
	<input type="checkbox"/> unselbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin	<input type="checkbox"/> Pensions(Ruhegenuss)bezieherIn
Bezieht der/die Versehrte eine Unfallrente (z.B. AUVA) bzw. Geldleistung nach dem Kriegspferversorgungs-gesetz (KOVG), Heeresentschädigungsgesetz (HEG), Opferfürsorgegesetz (OFG) bzw. vergleichbare Leistungen aus dem Ausland?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	auszahlende Stelle	Prozentuelles Ausmaß der Beschädigung

Daten zur Tätigkeit

Seit wann wird die selbständige bzw. freiberufliche bzw. land(forst)wirtschaftliche Tätigkeit ausgeübt?		Vorwiegende Tätigkeit in welchem Bereich des selbständigen Betriebes bzw. der Land(Forst)wirtschaft?	
Welche Berufskrankheit soll vorliegen?			
Genauere Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben soll.			
Dauer dieser Tätigkeit im Betrieb?			
Wann wurde die Arbeit eingestellt?			

Daten zur Krankheit

Welche Krankheitserscheinungen sind bei dem/der Versicherten wahrgenommen worden? Über welche Gesundheitsstörungen klagt er/sie?			
Wann traten diese Beschwerden zum ersten Mal auf?			
Worauf führt der/die Versicherte die Erkrankung zurück?			
In welchem Krankenhaus ist bzw. war der/die Erkrankte untergebracht?	Name des Krankenhauses	Aufnahmetag	
		Entlassungstag	
Name, Anschrift a) des/der zuerst zugezogenen Arztes/Ärztin b) der weiterbehandelnden Ärzte/Ärztinnen	a) b)		
Hatte der/die Erkrankte vor dem Eintritt der Erkrankung die volle Arbeitskraft?	<input type="checkbox"/> ja wenn nein, weshalb nicht? <input type="checkbox"/>		
Ist der/die Erkrankte vor Aufnahme der Tätigkeit, während seiner selbständigen Tätigkeit bzw. Tätigkeit im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb regelmäßig untersucht worden?	Zeitpunkt	Name des/der Arztes/Ärztin	
Frühere Beschäftigung ähnlicher Art mit Zeitangabe, ebenso Name und Anschrift der Arbeitgeber.			
Erlerner Beruf?			
Wenn die Meldung verspätet erstattet wird, aus welchem Grund?			
Besondere Anmerkungen:			
Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen im Zusammenhang mit dieser Berufskrankheit dem Versicherungsträger gegenüber der ärztlichen Schweigepflicht.			
		_____ Unterschrift des/der Erkrankten	

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des/der Meldepflichtigen