

# 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 an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu senden.

Daten des/der Erkrankten				
Familien- oder Nachname und Vorname des/der Erkrankten		Personenstand <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 Kriegspferversorgungsgesetz (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

<b>Seit wann wird die selbständige bzw. freiberufliche bzw. land(forst)wirtschaftliche Tätigkeit ausgeübt?</b>		<b>Vorwiegende Tätigkeit in welchem Bereich des selbständigen Betriebes bzw. der Land(Forst)wirtschaft?</b>	
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:			
<b>Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen im Zusammenhang mit dieser Berufskrankheit dem Versicherungsträger gegenüber der ärztlichen Schweigepflicht.</b>	_____		
	Unterschrift des/der Erkrankten		

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des/der Meldepflichtigen