

Unfallmeldung
bei Dienstunfällen

Unfallbericht
bei sonstigen Unfällen

Allgemeine Informationen

Unfälle sind auf Grund § 10 Oö. Gemeinde-Unfall-
fürsorgegesetz bzw. der Satzung der KFG binnen
2 Wochen zu melden.

Die beantragte Leistung ist auf eine Verletzung
zurückzuführen, deren Ursache uns nicht bekannt ist.

Wir ersuchen Sie daher, den Fragebogen vollständig
auszufüllen und unterschrieben an uns zurückzusenden.

Bitte kommen Sie dieser gesetzlichen **Verpflichtung**
innerhalb der nächsten 14 Tage nach.

Verletzungen aus Unfällen sind durch ärztliche Atteste
nachzuweisen.

Daten des /der Verunfallten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer

Name des verletzten Angehörigen

Tag:

Monat:

Jahr:

Uhrzeit:

1. Unfalltag und Unfallzeit:

2. Unfallort: (Straße, PLZ, Platz, Hausnr., Ort – genaue Bezeichnung des Ortes und der Räumlichkeit):

Nur durch die
KFG auszufüllen!

Ablage: _____

DU ohne FV

DU mit FV

FU ohne FV

FU mit FV

SU ohne FV

SU mit FV

LU ohne FV

LU mit FV

kein Unfall

Uneinbringlich

Datum _____

Zeichen _____

Friedrichstraße 11
4041 Linz
DVR: 0069264
UID-Nr. ATU23159506
Tel.: 0732/788000-0
Fax: 0732/788000-30
office@kfg.ooe.gv.at

ÖFFNUNGSZEITEN:
MO-DO: 08-12 und 14-16 Uhr
FR: 08-12 Uhr

Raum für Erläuterungen



3. Genaue Schilderung des Unfallherganges:

(Wenn Platz nicht ausreicht, bitte Seite 4 verwenden)

4. Verletzungsart und verletzter Körperteil:

5. Erstbehandelnder Arzt oder Krankenhaus (Name und Anschrift):

6. Zeugen des Unfalles (Name und Anschrift):

7. Wurde der Unfall durch Fremdeinwirkung verursacht:

(Bei Glätteis, genaue Angaben über die für die Streuung verantwortliche Person)

nein

ja, Unfallgegner

Name:

Anschrift:

Haftpflichtversicherung

Polizzennr.

Schadensnr.

8. Hat die Polizei / Gendarmerie Erhebungen durchgeführt:

nein

ja, Pol.-/Gend.-Posten:

9. Gerichtsverfahren anhängig: nein ja, Gerichtsstandort:

10. Rechtsanwalt beauftragt: nein ja, Name u. Anschrift:

Wichtig bei Verkehrsunfällen

11. Waren Sie: Lenker Mitfahrer Radfahrer Fußgänger

Beteiligte	a) eigenes Fahrzeug bzw Fahrzeug, bei dem Sie Mitfahrer waren	b) andere(s) Fahrzeug(e)
Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers		
Name und Anschrift des Fahrzeughalters		
Art und Kennzeichen des Fahrzeuges	Art (z.B.: Moped, PKW usw.) und Marke:	Art (z.B.: Moped, PKW usw.) und Marke:
	amtl. Kennzeichen:	amtl. Kennzeichen:
Haftpflichtversicherung	Haftpflichtversicherung:	Haftpflichtversicherung:
	Polizzennr.:	Polizzennr.:
	Schadensnr.:	Schadensnr.:

12. **Freizeitunfall** Sport Verkehr Haushalt Glätteis Sonstiges:

13. Dienstunfall (graue Felder bitte nur bei Dienstunfall vom Dienstgeber ausfüllen)

- Arbeitsplatz
- am direkten Weg von oder zum Arbeitsplatz
- dienstliche Veranstaltung

Art:

Zeitraum von:

Tag:

Monat:

Jahr:

bis:

Tag:

Monat:

Jahr:

Meldung an den Dienstgeber erfolgte am:

Tag:

Monat:

Jahr:

durch:

Beginn / Ende des Dienstes am Unfalltag:

Beginn / Uhrzeit:

Ende / Uhrzeit:

14. Gibt es eine Vorschädigung bei diesem Körperteil:

nein

ja, durch:

Dienstunfall

Freizeitunfall

Abnützung

15. Sind Folgeschäden aus dem Unfall zu erwarten:

nein

ja

16. War die (der) Bedienstete durch den Unfall dienstunfähig:

nein

ja

Zeitraum von:

Tag:

Monat:

Jahr:

bis:

Tag:

Monat:

Jahr:

17. Haben Sie bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung solcher oder ähnlicher Unfälle vorgesehen oder geplant?

ja, welche? _____

nein, warum nicht? _____

Die Unterweisungspflicht ist in jedem Fall zu beachten!

Wichtig bei Wegunfällen

18. Ausgangsort: _____ Uhrzeit: _____ Zielort: _____ Uhrzeit: _____

19. Liegt die Unfallstelle am direkten Weg zwischen diesen Orten: nein ja

20. Wurde der Dienstweg durch anderweitige Tätigkeiten unterbrochen:

nein

ja, zeitliche Auflistung der am Weg verrichteten Tätigkeiten:

(Wenn Platz nicht ausreicht, bitte Seite 4 verwenden)

Der Dienstgeber bestätigt mit der Stampiglie und der eigenhändigen Unterschrift der Leitung die Richtigkeit der oben genannten Angaben über den Dienstunfall.

Ort, Datum

Stampiglie und Unterschrift der Leitung

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben, und verbürge mich für deren Richtigkeit, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige die Kranken- und Unfallfürsorge, alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in alle den Unfall betreffenden Akten Einsicht zu nehmen und davon Abschriften oder Kopien anzufertigen.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Anmerkungen: