

# COVID-19 Infektionen – Meldung der Berufskrankheit an den zuständigen Unfallversicherungsträger

Aufgrund der geltenden rechtlichen Bestimmungen ist grundsätzlich jeder Verdacht auf eine Berufskrankheit zu melden. COVID-19 Infektionen sind im Sinne der Unfallversicherung als Berufskrankheiten einzustufen, und es besteht daher jedenfalls eine Meldepflicht an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

Bei Verdacht auf eine Berufskrankheit durch Infektion mit dem Coronavirus, unterliegen jedenfalls alle Fälle der Meldepflicht,

- die an Covid-19 **tatsächlich erkrankt** sind,
- in denen ein **positiver Labortest auf COVID-19 (SARS-CoV-2) vorliegt und**
- bei denen der **Verdacht auf einen beruflichen Zusammenhang gegeben ist.**

Dies betrifft auch Erkrankungen, die sich in der Vergangenheit ereignet haben.

## Wie ist vorzugehen?

Die Schulleitungen übermitteln die entsprechenden Formulare ([AUVA für ÖGK-Versicherte](#) bzw. [BVAEB-Formular für BVAEB-Versicherte](#)) sowie gegebenenfalls den **Absonderungsbescheid** an die jeweilige Versicherungsanstalt (siehe Beilagen).

Die Unfallversicherung ist anschließend verpflichtet zu prüfen, ob es sich bei einer gemeldeten Krankheit um eine Berufskrankheit handelt.

**Für allfällige Rückerstattungen bewahren Sie bitte alle Belege über Behandlungs- und Heilmittelkosten auf!**

Februar 2021

Karin Medits-Steiner  
0650/2325161  
karin.medits-steiner@fsg-pv.wien



## Meldung einer Berufskrankheit durch das Unternehmen

Gemäß § 363 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) ist eine Berufskrankheit (§ 177 ASVG) bzw. der Verdacht einer Berufskrankheit zu melden. Berufskrankheiten sind in der Liste der Berufskrankheiten angeführt (siehe Anlage 1 zum ASVG). Darüber hinaus können auch Erkrankungen als Berufskrankheiten gelten, wenn sie durch schädigende Stoffe oder Strahlen (gemäß Generalklausel, § 177 Abs. 2) verursacht werden.

Kontaktdaten: [www.auva.at/bk-meldung](http://www.auva.at/bk-meldung)

### 1. Angaben zur erkrankten Person

Sozialversicherungsnummer      Geburtsdatum (TT MM JJJJ)      Geschlecht  
 weiblich       männlich

Familienname, Vorname

Wohnadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer      E-Mail-Adresse

### 2. Angaben zum Unternehmen

Name des Unternehmens

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

KV-Träger      Beitragskontonummer

Art des Betriebes (Branche)

Im Betrieb seit:      Anzahl der im Unternehmen beschäftigten Personen

Ist das Beschäftigungsverhältnis aufrecht:       ja       nein

Arbeitsstätte, in der die versicherte Person tätig ist/war:       wie Adresse des Unternehmens

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

### 3. Angaben zur Beschäftigung

Ausgeübte Tätigkeit (z. B. Tischler):

Art der Beschäftigung:

- Arbeiterin/Arbeiter       selbständig erwerbstätig       sonstiges
- Angestellte/Angestellter       Vertragsbedienstete/-bediensteter
- Lehrling       in Pension/Ruhestand

#### 4. Angaben zur vermuteten Berufskrankheit

Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)?

Lfd. Nr.:

Berufskrankheit (Bezeichnung):

Genaue Beschreibung der Tätigkeit, die die Berufskrankheit verursacht haben kann:

Dauer der Tätigkeit:

Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen bzw. Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet?

#### 5. Angaben zur ärztlichen Behandlung

##### Behandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen

Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Name der Ärztin/des Arztes bzw. der Einrichtung

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Bemerkungen:

#### 6. Angaben zur Erstellung der Meldung

Versicherte Person wurde über die Erstattung der Meldung informiert:  ja  nein

Name der Erstellerin bzw. des Erstellers

Funktion

##### Kontaktdaten für etwaige Rückfragen

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail-Adresse

.....  
Ort, Datum

.....  
Firmenstempel, firmenmäßige Bezeichnung

## Meldung einer Berufskrankheit

Bitte melden Sie als behandelnder/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 und § 177 ASVG in Zusammenhang mit der Anlage 1 des ASVG)

Angaben zur Person	
Versicherungsnummer	
Name	
Wohnadresse	
Telefonnummer	

Angaben zum Unternehmen/Betrieb/Dienststelle	
Bezeichnung	
Adresse	
Art des Betriebes (Branche)	
Dienst-/Arbeitsstätte	
Adresse	

Angaben zur Beschäftigung	
Ausgeübte Tätigkeit (z.B. Tischler)	
Art der Beschäftigung (Beamter, Vertragsbediensteter, Lehrling, etc.)	

**Angaben zur vermuteten Berufskrankheit****Welche Berufskrankheit wird angenommen (gemäß Berufskrankheitenliste, siehe Anlage 1 zum ASVG)?**

Lfd. Nr:	
Bezeichnung	
Subjektive Beschwerden	
Beginn der Erkrankung	
Beschreibung sonstiger berufsbezogener Erkrankungen	

**Genauere Beschreibung der Tätigkeit die die Berufskrankheit verursachen haben kann.**

--

Dauer dieser Tätigkeit	
------------------------	--

**Welche gesundheitsgefährdenden Einwirkungen bzw. Stoffe werden am Arbeitsplatz vermutet**

--

**Vorliegende berufskrankheitsspezifische Untersuchungsbefunde**

--

**Behandelnde Ärzte und Einrichtungen inkl. Anschrift und Behandlungszeitraum**


**Meldender Arzt / Ärztin** (wenn Meldung durch Arzt / Ärztin)

Name	
Adresse	
Kontoinhaber / Bankverbindung	

**Kontaktdaten** (wenn Meldung durch Dienstgeber)

Vorgesetzte bzw. Vorgesetzter inkl. Funktion	
Ansprechperson für Rückfragen	
Tel. der Ansprechperson	
Erstellungsdatum	
Amtssiegel und Unterschrift	