

Verordnung über die Anzeige von Versicherungsfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung - UVAV)

UVAV

Ausfertigungsdatum: 23.01.2002

Vollzitat:

"Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung vom 23. Januar 2002 (BGBl. I S. 554), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3097) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 22.12.2016 I 3097

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.8.2002 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 193 Abs. 8 und des § 202 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), von denen § 193 Abs. 8 durch Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2001 (BGBl. I S. 1600) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung:

§ 1 Anwendungsbereich

Die Anzeige von Unfällen und Berufskrankheiten, die nach den §§ 193 und 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch zu erstatten ist, richtet sich nach den Bestimmungen dieser Verordnung.

§ 2 Anzeige von Unfällen

- (1) Unfälle von Versicherten sind auf einem Vordruck nach dem Muster der Anlage 1 anzuzeigen.
- (2) Unfälle von Kindern, von Schülerinnen und Schülern sowie von Studierenden nach § 2 Absatz 1 Nummer 8 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch sind auf einem Vordruck nach dem Muster der Anlage 2 anzuzeigen.

§ 3 Anzeige von Berufskrankheiten

- (1) Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte haben bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit die Anzeige nach § 202 Satz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch auf einem Vordruck nach dem Muster der Anlage 3 zu erstatten.
- (2) Die Unternehmer haben bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit die Anzeige nach § 193 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch auf einem Vordruck nach dem Muster der Anlage 4 zu erstatten.

§ 4 Gestaltung der Vordrucke, Erläuterungen, Hinweise

- (1) Die Größe der Vordrucke beträgt 297 x 210 mm (Format DIN A4).
- (2) Die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger können im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales für jeden Vordruck nach dem Muster der Anlagen 1 bis 4 bundeseinheitliche Erläuterungen erstellen.
- (3) Die anzeigepflichtigen Unternehmer haben die Versicherten auf ihr Recht hinzuweisen, eine Kopie der Anzeige zu verlangen.

§ 5 Anzeige durch Datenübertragung

(1) Anzeigen nach § 2 oder § 3 und ihre Kopien können im Einvernehmen mit den Anzeigempfängern auch durch Datenübertragung übermittelt werden, sofern die Darstellung der Anzeige nach Form und Inhalt dieselben Felder und Texte wie das für die Anzeige vorgesehene Formular enthält.

(2) Wird die Anzeige durch Datenübertragung erstattet, ist in ihr anzugeben, welches Mitglied des Betriebs- oder Personalrats vor der Absendung von ihr Kenntnis genommen hat.

(3) Bei der Datenübertragung sind geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit nach dem jeweiligen Stand der Technik vorzusehen; bei der Nutzung allgemein zugänglicher Netze sind Verschlüsselungsverfahren anzuwenden.

§ 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. August 2002 in Kraft.

(2) (Aufhebungsvorschriften)

Schlussformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1 (Fundstelle: BGBl. I 2016, 3098)

Anlage 2 (Fundstelle: BGBl. I 2016, 3099)

Anlage 3 (Fundstelle: BGBl. I 2016, 3100)

Anlage 4 (Fundstelle: BGBl. I 2016, 3101)

1 Name und Anschrift des Unternehmens

UNFALLANZEIGE

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

3 Empfänger/-in

--	--

4 Name, Vorname der versicherten Person	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeiter/in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------	--

10 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/-in <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt	
--	---	--

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)
--	----------------------------------

14 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	15 Unfallzeitpunkt Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> Stunde <input type="text"/> Minute <input type="text"/>	16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)
--	---	---

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung der versicherten Person anderer Personen

18 Verletzte Körperteile	19 Art der Verletzung
--------------------------	-----------------------

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)	War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

21 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses	22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person
--	--

	Stunde	Minute		Stunde	Minute
Beginn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ende	<input type="text"/>	<input type="text"/>

23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als	24 Seit wann bei dieser Tätigkeit?	Monat	Jahr
--	------------------------------------	-------	------

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am	Tag	Monat	Stunde
--	-----	-------	--------

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	Tag	Monat	Jahr
---	-----	-------	------

28 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen
----------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

1 Name und Anschrift der Einrichtung

UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder
vorschulischer Sprachförderung,
Schülerinnen und Schüler, Studierende

4 Empfänger/-in

2 Träger der Einrichtung

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich

Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja

Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag

Monat

Jahr

Stunde

Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung

der versicherten Person

anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?

Nein

Sofort

Später, am

Tag

Monat

Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am

Tag

Monat

Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/Augenzeuge des Unfalls?

Ja

Nein

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn

Stunde

Minute

Stunde

Minute

Ende

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen

ÄRZTLICHE ANZEIGE bei Verdacht auf eine BERUFSSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes

2 Empfänger/-in

3 Name, Vorname der versicherten Person	4 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

5 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

6 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	7 Staatsangehörigkeit	8 Ist die versicherte Person verstorben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	Tag	Monat	Jahr
---	-----------------------	---	-----	-------	------

9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?

10 Welche Berufskrankheit(en) kommt/kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/BK-Nummern)

11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit

12 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

13 Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können

14 Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus?

15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

16 In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

17 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

18 Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon-Nr. und/oder Fax-Nr.)

19 Die/der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger/die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

20 Datum Ärztin/Arzt Telefon-Nr. für Rückfragen

Bankverbindung IBAN BIC

1 Name und Anschrift des Unternehmens

ANZEIGE der Unternehmerin/des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine **BERUFSSKRANKHEIT**

3 Empfänger/-in

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

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

4 Name, Vorname der versicherten Person	5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
---	----------------	-----	-------	------

6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
----------------------	--------------	-----

7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeiter/-in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------	---

10 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/-in <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt
--	---

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen	13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)
--	----------------------------------

14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück?

15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt?

16 Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?

17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

18 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)	Betriebsrat (Personalrat)	Telefon-Nr. für Rückfragen
----------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------