

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

Vom 23. Januar 2002 (BGBl. I S. 554)

zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I Nr. 64, S. 3097)  
in Kraft getreten am 1. Juli 2017

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 Anzeigeeempfängern 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) Gleichzeitig treten § 7 der Berufskrankheiten-Verordnung vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2623), geändert durch Artikel 62 des Gesetzes vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1983), und die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Neufassung des Musters für Unfallanzeigen vom 31. Juli 1973 (BAnz. Nr.143 vom 3. August 1973) außer Kraft.

1 Name und Anschrift des Unternehmens          3 Empfänger/-in L _____		<h1 style="margin: 0;">UNFALLANZEIGE</h1> 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 _____ Wochen		13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)			
14 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		15 Unfallzeitpunkt Tag    Monat    Jahr    Stunde    Minute		16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)	
17 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen Gefahrstoffen)					
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> 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 Beginn    Stunde    Minute    Ende    Stunde    Minute		
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  4 Empfänger/-in [ ] [ ]  [ ] [ ]		<h2 style="margin: 0;">UNFALLANZEIGE</h2> <p style="margin: 0;">für Kinder in Tagesbetreuung oder vorschulischer Sprachförderung, Schülerinnen und Schüler, Studierende</p> 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 <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		9 Staatsangehörigkeit		10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten			
11 Tödlicher Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> der versicherten Person <input type="checkbox"/> anderer Personen							
15 Verletzte Körperteile				16 Art der Verletzung			
17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?					Tag	Monat	Stunde
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> später, am							
18 Hat die versicherte Person des Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?					Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am							
19 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			
20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses				21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung			
				Beginn	Stunde	Minute	Ende
22 Datum		Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung			Telefon-Nr. für Rückfragen		

1 Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes  2 Empfänger/-in [ ] [ ]  [ ] [ ]		<h2 style="margin: 0;">ÄRZTLICHE ANZEIGE bei Verdacht auf eine BERUFSSKRANKHEIT</h2>			
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  3 Empfänger/-in [ ] [ ]  [ ] [ ]		<h2 style="margin: 0;">ANZEIGE der Unternehmerin/des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine <b>BERUFSSKRANKHEIT</b></h2>					
		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 [ ] [ ] [ ] 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		