

## **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 2 der Verordnung vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 192, S. 1)

in Kraft getreten am 1. Oktober 2023

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. Sofern die in der Anzeige aufgeführten Daten dem zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch die Ärztinnen und Ärzte sowie die Zahnärztinnen und Zahnärzte bereits im Rahmen eines anderen Meldeverfahrens übermittelt worden sind, ist eine erneute Übermittlung der Daten durch eine Anzeige nach Satz 1 entbehrlich.

(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.

## **ArbSch 2.2.10**

(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) 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 _____    _____						<h2 style="margin: 0;">UNFALLANZEIGE</h2> 2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers _____						
4 Name, Vorname der versicherten Person				5 Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr				
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort						
7 Geschlecht			8 Staatsangehörigkeit				9 Leiharbeiter/in					
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> keine Angabe							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
10 Auszubildende/-r				11 Die versicherte Person ist								
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				<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"/> <input type="checkbox"/> verwandt								
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für _____ Wochen				13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)								
14 Tödlicher Unfall		15 Unfallzeitpunkt				16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Tag    Monat    Jahr    Stunde    Minute				Unfall im Homeoffice <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						
17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (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?							Tag	Monat	Stunde			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am												
27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?							Tag	Monat	Jahr			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am												
28 Datum												
Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen						

1 Name und Anschrift der Einrichtung  4 Empfänger/-in [ ] [ ]  [ ] [ ]		<h1 style="margin:0;">UNFALLANZEIGE</h1> <p style="margin:0; font-size: small;">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 <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> keine Angabe		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) Unfall beim Distanzunterricht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
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	Stunde	Minute
22 Datum		Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung		Telefon-Nr. für Rückfragen				

1 Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes  2 Empfänger/-in <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>		<h2 style="margin: 0;">ÄRZTLICHE ANZEIGE</h2> <h3 style="margin: 0;">bei Verdacht auf eine</h3> <h2 style="margin: 0;">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 <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> keine Angabe		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				

