



# Kostenlose Präventionsberatung

## Antrag auf Betreuung durch die AUVA

### 1. Wir interessieren uns für folgende Betreuung: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch       arbeitsmedizinisch       sicherheitstechnisch

**2. Firmenname:**

**3. Anschrift der Arbeitsstätte:**  
(Straße, Hausnr., Stadt- bzw. Ortsteil, PLZ, Ort)

**4. Telefonnummer(n):** **E-Mail:**  
**Fax:**

**5. Dienstgeberkontonummer:**  
(Beitragsnummer bei der Gebietskrankenkasse)

### 6. Die zu betreuende Arbeitsstätte ist hauptsächlich vom Typ:

- Büro, Verwaltung       Handel       Lager       Landwirtschaft  
 Dienstleistungsbetrieb       Produktion       Werkstätte       Baustelle

### 7. Anzahl der an der Arbeitsstätte im Jahresdurchschnitt beschäftigten ArbeitnehmerInnen:

davon Lehrlinge:

davon begünstigte Behinderte:

- Gibt es Leiharbeitskräfte?**     nein       ja, wie viele?

### 8. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 75 ArbeitnehmerInnen beschäftigt?

- nein       ja, mehr als 30 Tage       ja, bis zu 30 Tage

### 9. Gibt es weitere Arbeitsstätten, die zu Ihrem Betrieb gehören?

- a)  nein  
b)  ja, wir gehören zu:

Anschrift, Tel.-Nr.:  
mit der Dienstgeberkontonummer:  
(falls bekannt, bitte angeben)

- ja, zu uns gehört:

Anschrift (Straße, Hausnummer, Stadt- bzw. Ortsteil, PLZ, Ort)	Dienstgeberkontonummer (Beitragsnummer GKK)	Tel.-Nr.	Anzahl Arbeitnehmer

bei b) bitte Anzahl der ArbeitnehmerInnen im gesamten Unternehmen:

### 10. Für Rückfragen (insbesondere zur Terminkoordination) steht zur Verfügung:

Name: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_ Tel./Klappe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift und Firmenstempel