

Unfallmeldung UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nummer	
1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.		Police-Nummer	
		E-Mail			
2. Verletzte/r Name und Vorname		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)			
Strasse		Geburtsdatum		AHV-Nr. (11-stellig)	
Postleitzahl und Wohnort		Staatsangehörigkeit		Zivilstand	
Telefon / Mobile / E-Mail		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine			
Postcheck- oder Bankkonto		Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf			
Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per			
Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):			
4. Unfall-datum		Tag		Monat	
		Jahr		Zeit (Std., Min.)	
5. Unfallort		Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?			
6. Unfallbe-schreibung		Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen		Wurden sie befragt?	
Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Nicht-berufs-unfall		Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung Betroffener Körperteil:				<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
Art der Schädigung:				<input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arbeits-unfähigkeit Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann?					
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise			
11. Arzt-Adressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
12. Lohn CHF pro		Stunde		Monat	
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)					
Kinder- / Familienzulagen					
Ferien- / Feiertagsentschädigung in % oder Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in % oder Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)					
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
13. Sonderfälle <input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter Weitere Arbeitgeber:					
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Unfallmeldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer
--	----------------

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Schaden-Nummer	
		E-Mail	Police-Nummer	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)		
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)	
	Postleitzahl und Wohnort	Staatsangehörigkeit	Zivilstand	
	Telefon / Mobile / E-Mail	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf		
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):		
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?			
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Name der Zeugen		Wurden sie befragt?
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt		
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann?		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
11. Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
	Kinder- / Familienzulagen			
	Ferien- / Feiertagsentschädigung			
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)			
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)			
	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter			
	Weitere Arbeitgeber:			
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen	Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: **Doppel für Ihre Akten**

Arztzeugnis UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nummer	
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	
				Police-Nummer	
		E-Mail			
Verletzte/r	Name und Vorname			Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse			Geburtsdatum	
	Postleitzahl und Wohnort			AHV-Nr. (11-stellig)	
	Telefon / Mobile / E-Mail			Staatsangehörigkeit	
	Postcheck- oder Bankkonto			Zivilstand	
		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine			
		Name und Adresse der Krankenkasse			
Anstellung	Datum der Anstellung			Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling			Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
1. Erst-behandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> am Unfallort <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten
2. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?				
3. Allgemein-zustand	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)				
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)				
4. Befund	Röntgenbefund:				
5. Diagnose					
6. Kausalität	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, bitte begründen:				
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst?				
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?				
	c) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?				
8. Arbeits-unfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	zu	% ab	Voraussichtlich bis	
	<input type="checkbox"/> nein				
9. Arbeits-aufnahme	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab	
	<input type="checkbox"/> nein				
10. Behand-lungs-abschluss	<input type="checkbox"/> ja am				
	<input type="checkbox"/> nein – voraussichtlich in Wochen				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt** **Versicherer**

Unfallschein UVG

			<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nummer
			E-Mail	
Verletzte/r	Name und Vorname		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse		Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Postleitzahl und Wohnort		Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine	
	Postcheck- oder Bankkonto		Name und Adresse der Krankenkasse	
Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)

Hinweise für die verletzte Person

- Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** – die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist – auf Unfall- und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.
- Dieser Unfallschein** bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.
- Arztwechsel.** Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.
- Spitalbehandlung.** Die Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.
- Eine Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.
- Anspruch auf Taggeld** aus der Unfallversicherung gemäss UVG besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei Übernahme des Unfalles zugestellt wird.
- Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel).

Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endigte am				

Stempel des Arztes

Apothekerschein UVG

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl _____	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer
	Tel.-Nr.	Police-Nummer
E-Mail _____		
Verletzte/r Name und Vorname _____	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
Strasse _____	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
Postleitzahl und Wohnort _____		
Telefon / Mobile / E-Mail _____		
Postcheck- oder Bankkonto _____	Name und Adresse der Krankenkasse	

Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
---------------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für die verletzte Person

- Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente von der Apotheke ohne Bezahlung abgegeben.
- Alle Medikamente wollen Sie von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch die Apotheke eintragen zu lassen.

Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/dem Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die Versicherung.

- Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn
 - der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
 - nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

_____ Datum

_____ Stempel der Apotheke

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.
Abrechnung über OFAC?