

Gesellschaft

Schaden-Nummer

Unfallmeldung UVG

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.		Police-Nr.	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)					
2. Verletzter		Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
Name und Vorname		Nationalität		Heimort	
Strasse		Zivilstand		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	
PLZ und Wohnort				Anzahl keine	
Telefon					
PC oder Bankkonto					
Krankenkasse					
3. Anstellung Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit			
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? ja nein				ja nein	
8. Nicht-berufs-unfall Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?					
9. Verletzung Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung			
10. Arbeits-unfähigkeit Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt?		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)			
ja nein					
11. Arzt-adressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
12. Arbeitszeit des Verletzten		Tage je Woche Stunden je Woche		Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	
				Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit	
13. Lohn		Fr. pro		Std. ①	
				Tag ②	
				Monat ③	
				Jahr ④	
Barlohn Grundlohn (brutto)					
Teuerungszulage					
Akkord / Provision					
Kinder- / Familienzulagen					
Ferien- / Feiertagsentschädigung % oder					
Andere Lohnzulagen (Art):					
Gratifikation / 13. Monatslohn % oder					
Naturallohn Art:					
Quellensteuerpflichtig ja nein					
Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter freiwillig Versicherter Saisonnier					
Weitere Arbeitgeber:					
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen		Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?			
Nein Wenn ja, wo?					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Gesellschaft
Schaden-Nummer

Unfallmeldung UVG

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter		Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)
Name und Vorname		Nationalität	Heimort
Strasse		Zivilstand	
PLZ und Wohnort		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	
Telefon		Anzahl	keine
PC oder Bankkonto			
Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	
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
	Untersuchung erwünscht? ja nein		Wurden sie befragt? ja nein
8. Nicht-berufs-unfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? ja nein		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik
12. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden
	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit		
13. Lohn	Fr. pro		Std. ①
			Tag ②
			Monat ③
			Jahr ④
Barlohn	Grundlohn (brutto)		
	Teuerungszulage		
	Akkord / Provision		
	Kinder- / Familienzulagen		
	Ferien- / Feiertagsentschädigung % oder		
	Andere Lohnzulagen (Art):		
	Gratifikation / 13. Monatslohn % oder		
Naturallohn	Art:		
	Quellensteuerpflichtig ja nein		
Sonderfälle	Familienmitglied	Gesellschafter	freiwillig Versicherter
	Saisonnier		
	Weitere Arbeitgeber:		
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen	Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?		
	Nein	Wenn ja, wo?	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Gesellschaft

Schaden-Nummer

Arztzeugnis UVG

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.			
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)					
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)			
	Nationalität		Heimatort			
	Zivilstand		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl keine			
Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit				
Unfall- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
1. Erst- behandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <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					
8. 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

Unterschrift und Stempel des Arztes

Geht an: Erstbehandelnden Arzt

