

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		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag			
<input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in		<input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag			
<input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in		<input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per			
Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche		Betriebsübliche Arbeitszeit			
Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		(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		Falls Arbeit wieder aufgenommen:			
<input type="checkbox"/> länger als 1 Monat		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**

