

Unfallmeldung UVG

Versicherer

Schadensnummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefonnummer	Policennummer			
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)				
2. Verletzter Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer			
Strasse		Nationalität	Heimatort			
PLZ und Wohnort		Zivilstand	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	freiwillig Versicherter	gelernt ungelernt	angelern Lehrling	
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-berufsunfall	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 wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitseinsatz: unregelmässig		Kurzarbeit
13. Lohn	Fr. pro		Std. €	Tag •	Monat ,	Jahr f
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	Saisonier		
	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

Versicherer

Schadensnummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefonnummer	Policennummer			
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)				
2. Verletzter Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)			
Strasse		Nationalität	Heimatort			
PLZ und Wohnort						
Telefon		Zivilstand	Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.			
PC oder Bankkonto			Anzahl	keine		
Krankenkasse						
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	freiwillig Versicherter	gelernt ungelernt	angelern Lehrling	
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-berufsunfall	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 wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit		
13. Lohn	Fr. pro		Std. €	Tag •	Monat ,	Jahr f
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	Saisonier		
	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

Geht an: Kopie zu Ihren Akten

Arztzeugnis UVG

Versicherer
Schadensnummer

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefonnummer	Policennummer
	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
		freiwillig Versicherter
		gelernt ungelernt
		angelernt Lehrling
Unfalldatum	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	
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

Unterschrift und Stempel **des Arztes**

Geht an: Erstbehandelnden Arzt

