



# Unfallmeldung UVG

## Doppel für den Arbeitgeber

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b> Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.		Police-Nr.	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)					
<b>2. Verletzter</b>		Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
Name und Vorname		Nationalität		Heimatort	
Strasse		Zivilstand		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	
PLZ und Wohnort				Anzahl                      keine	
Telefon					
PC oder Bankkonto					
Krankenkasse					
<b>3. Anstellung</b> Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit			
<b>4. Unfall-datum</b>		Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
<b>5. Unfallort</b> Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)					
<b>6. Unfallbe-schreibung</b> Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe					
<b>7. Abklärung</b> Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen		Wurden sie befragt?	
Untersuchung erwünscht? ja    nein				ja    nein	
<b>8. Nicht-berufs-unfall</b> Wann hat der Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?					
<b>9. Verletzung</b> Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung			
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b> Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt?		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)			
ja    nein					
<b>11. Arzt-adressen</b> Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
<b>12. Arbeitszeit des Verletzten</b> Tage je Woche		Stunden je Woche		Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	
				Arbeitseinsatz: unregelmässig                      Kurzarbeit	
<b>13. Lohn</b>		<b>Fr. pro</b>		<b>Std.</b> ①	<b>Tag</b> ②
				<b>Monat</b> ③	<b>Jahr</b> ④
Barlohn Grundlohn (brutto) .....					
Teuerungszulage .....					
Akkord / Provision .....					
Kinder- / Familienzulagen .....					
Ferien- / Feiertagsentschädigung                      % oder .....					
Andere Lohnzulagen (Art):					
Gratifikation / 13. Monatslohn                      % oder .....					
Naturallohn Art:					
Quellensteuerpflichtig                      ja    nein					
<b>Sonderfälle</b> Familienmitglied                      Gesellschafter                      freiwillig Versicherter                      Saisonnier					
Weitere Arbeitgeber:					
<b>14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen</b> 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

# Arztzeugnis UVG

Schaden-Nummer

<b>Arbeitgeber</b> Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.			
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)					
<b>Verletzter</b> 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			
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit				
<b>Unfall- datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
<b>1. Erst- behandlung</b>	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
<b>2. Angaben des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?					
<b>3. Allgemein- zustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)  b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)					
<b>4. Befund</b>	Röntgenbefund:					
<b>5. Diagnose</b>						
<b>6. Kausalität</b>	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? Wenn nein, bitte begründen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>7. Therapie</b>	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?					
<b>8. Arbeits- unfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja	zu	% ab	Voraussichtlich bis		
	<input type="checkbox"/> nein					
<b>8. Arbeits- aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab		
	<input type="checkbox"/> nein					
<b>10. Behand- lungs- abschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja	am				
	<input type="checkbox"/> nein	– voraussichtlich in	Wochen			

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel **des Arztes**

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt**



