

Unfallmeldung UVG

				Unfall-Nummer			
1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____				Tel.-Nr.		Police-Nr.	
				Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.			
2. Verletzter Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ Wohnort				Geburtsdatum		AHV-Nummer (11 stellig)	
				Nationalität		Heimatort	
				Zivilstand		Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ____ Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
3. Anstellung Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
4. Unfalldatum Tag Monat Jahr				Zeit (Std., Min.)			
5. Unfallort Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)							
6. Unfallbeschreibung Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe _____ _____ _____							
7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt? _____ Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Name der Zeugen _____ _____		Wurden sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. Arbeitsunfähigkeit Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)			
11. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik				Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik			
12. Arbeitszeit des Verletzten		Tage je Woche		Stunden je Woche		Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
				Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
13. Lohn				Fr. pro		Std. Tag Monat Jahr	
Barlohn				Grundlohn (brutto)			
				Teuerungszulage			
				Akkord/Provision			
				Kinder-/Familienzulagen			
				Ferien-/Feiertagsentschädigung ____ % oder _____			
				Andere Lohnzulagen (Art): _____			
				Gratifikation/13. Monatslohn ____ % oder _____			
Naturallohn				Art: _____			
Sonderfälle				<input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> Saisonnier			
				Weiterer Arbeitgeber: _____			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Tagegeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?							

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Unfallmeldung UVG Kopie für den Arbeitgeber

				Unfall-Nummer			
1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____				Tel.-Nr.		Police-Nr.	
				Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.			
2. Verletzter Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ Wohnort				Geburtsdatum		AHV-Nummer (11 stellig)	
				Nationalität		Heimatort	
				Zivilstand		Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ____ Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
3. Anstellung Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
4. Unfalldatum Tag Monat Jahr				Zeit (Std., Min.)			
5. Unfallort Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)							
6. Unfallbeschreibung Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe _____ _____ _____							
7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt? _____ Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Name der Zeugen _____ _____		Wurden sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. Arbeitsunfähigkeit Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)			
11. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik				Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik			
12. Arbeitszeit des Verletzten		Tage je Woche		Stunden je Woche		Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
				Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
13. Lohn				Fr. pro		Std. Tag Monat Jahr	
Barlohn							
Grundlohn (brutto)							
Teuerungszulage							
Akkord/Provision							
Kinder-/Familienzulagen							
Ferien-/Feiertagsentschädigung ____ % oder _____							
Andere Lohnzulagen (Art): _____							
Gratifikation/13. Monatslohn ____ % oder _____							
Naturallohn Art: _____							
Sonderfälle <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> Saisonnier							
Weiterer Arbeitgeber: _____							
14. Andere Sozialversicherungsleistungen Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Tagegeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?							

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: Arbeitgeber

Arztzeugnis UVG

				Unfall-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	Police-Nr.
	_____ _____ _____				
2. Verletzter	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11 stellig)
	Strasse			Nationalität	Heimatort
	PLZ	Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
5. Erstbehandlung	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 Pat.
6. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?				
7. Allgemeinzustand	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.) b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)				
8. Befund	Röntgenbefund:				
9. Diagnose					
10. Kausalität	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn nein, bitte begründen:				
11. 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? _____			
12. Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	zu	% ab	Voraussichtlich bis	
	<input type="checkbox"/> nein				
13. Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab	
	<input type="checkbox"/> nein				
14. Behandlungsabschluss	<input type="checkbox"/> ja	am:			
	<input type="checkbox"/> nein	- voraussichtlich in _____ Wochen			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift **des Arztes**

