

Unfallmeldung UVG

Police Nr.	
-------------------	--

Gesellschaft	
---------------------	--

<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall

1. Arbeitgeber

Name / Firma	
--------------	--

Adresse	
---------	--

Telefonnummer	
---------------	--

Kontaktperson	
---------------	--

E-Mailadresse	
---------------	--

Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
--	--

2. Angaben zur verletzten Person

Name, Vorname	
---------------	--

Adresse	
---------	--

Telefonnummer	
---------------	--

Geburtsdatum	
--------------	--

Nationalität und Heimatort	
----------------------------	--

Zivilstand	
------------	--

AHV-Nr.	
---------	--

Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)	
--	--

3. Anstellung

Übliche berufliche Tätigkeit	
------------------------------	--

Datum der Anstellung	
----------------------	--

<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
--

4. Angaben zum Unfallhergang

Unfalldatum: Tag / Monat / Jahr Uhrzeit	

Unfallort: Wo ereignete sich der Unfall (Ort, Stelle)?	
---	--

Unfallbeschreibung: Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Fahrzeuge, Stoffe	Bitte für ausführliche Beschreibung Seite 3 nutzen.
---	---

Abklärung: Wer hat die Abklärung durchgeführt? Untersuchung erwünscht? Name der Zeugen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nichtberufsunfall: Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? (Wochentag, Datum Uhrzeit)	
---	--

Verletzung: Betroffener Körperteil (links/rechts) Art der Schädigung	
--	--

Arbeitsunfähigkeit: Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? Wenn ja, ab wann? (Datum und Uhrzeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Arztadressen: Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
---	--

5. Arbeitszeit der versicherten Person

Tage je Woche	
Stunden je Woche	
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
Arbeitseinsatz	<input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit

6. Lohn der versicherten Person

Massgebender Lohn	pro Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn				
Grundlohn (AHV-Lohn) CHF				
Teuerungszulage CHF				
Akkord / Provision CHF				
Ferien / Feiertagsentschädigung CHF				
Andere Lohnzulagen CHF				
Gratifikation / 13. Monatslohn CHF				
Naturallohn in CHF				
Naturallohn Art				
Total				

7. Andere Sozialversicherungsleistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, obligator. Unfallversicherung (UVG), Invaliden-, Alters- und Hinterlassenen-, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	

8. Unterschrift

Ort, Datum	
Unterschrift	

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Forderungen anerkennen und ermächtigt den Versicherer in die erforderlichen Akten Einsicht zu nehmen. Im weiteren ermächtigt er/sie den Versicherer alle notwendigen zur Regelung des Schadenfalls benötigten Angaben oder Unterlagen einzuverlangen oder am Schadenfall interessierten Dritten zu übermitteln.

zusätzlicher Text:

Senden

Drucken



Arztzeugnis UVG



Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Arbeitgeber	
Name / Firma	
Adresse	
Telefonnummer	
Kontaktperson	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Angaben zur verletzten Person	
Name, Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Nationalität und Heimatort	
Zivilstand	
AHV-Nr.	
Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)	
3. Anstellung	
Übliche berufliche Tätigkeit	
Datum der Anstellung	
<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
4. Angaben zum Unfallhergang	
Unfalldatum: Tag / Monat / Jahr	
Uhrzeit	
5. Angaben zur Behandlung	
Erstbehandlung: Tag / Monat / Jahr und Uhrzeit	
<input type="checkbox"/> während der Sprechstunde <input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten <input type="checkbox"/> am Unfallort	
Angaben des Patienten Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?	

Allgemeinzustand:	
Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen, usw.)	
Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)	

Befund	
Befund	
Röntgenbefund	

Diagnose	
Diagnose	

Kausalität	
Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, bitte begründen	

Therapie	
Was haben Sie bisher veranlasst?	
Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?	
Ist der Patient hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	

Arbeitsunfähigkeit	
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsunfähigkeit in Prozent angeben	%
ab (Datum)	
voraussichtlich bis (Datum)	

Arbeitsaufnahme	
Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsaufnahme, teilweise in Prozent angeben	%
ab (Datum)	
Arbeitsaufnahme, voll ab (Datum)	

Behandlungsabschluss	
Behandlungsabschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlungsabschluss am (Datum)	
voraussichtliche Behandlungsabschluss (in Wochen angeben)	

8. Unterschrift	
Ort, Datum	
Unterschrift	

Geht via erstbehandelnden Arzt/Spital zurück an die Versicherungsgesellschaft

Apothekerschein UVG

Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Arbeitgeber	
Name / Firma	
Adresse	
Telefonnummer	
Kontaktperson	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Angaben zur verletzten Person	
Name, Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Nationalität und Heimatort	
Zivilstand	
AHV-Nr.	
Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)	

Hinweise für den Verletzten:

Hat die Versicherungsgesellschaft die Übernahme der Heilungskosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben. Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Unfall-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker.

Hinweise für den Apotheker:

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem Verletzten durch die Versicherungsgesellschaft bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Unfall-Nummer auf den Apothekerschein. Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die Versicherungsgesellschaft.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Unfall-Nummer bei der Versicherungsgesellschaft verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Unfallschein UVG Seite 1/2

Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Arbeitgeber	
Name / Firma	
Adresse	
Telefonnummer	
Kontaktperson	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Angaben zur verletzten Person	
Name, Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Nationalität und Heimatort	
Zivilstand	
AHV-Nr.	
Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)	
3. Angaben zum Unfallhergang	
Unfalldatum: Tag / Monat / Jahr	
Unfalldatum: Uhrzeit	

Hinweise für den Verletzten:

Wir bitten Sie, die Unfall-Nummer – die auf jeder Zuschrift der Versicherungsgesellschaft erwähnt ist – auf Unfall- und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger, ist der Versicherungsgesellschaft eine Kopie des Unfallscheines zuzustellen. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherungsgesellschaft in Verbindung setzen.

Die Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten für die Spitalbehandlung der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn eine weitergehende Versicherung besteht.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf der Rückseite dieses Unfallscheins eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Anspruch auf Taggeld aus der Unfallversicherung gemäss UVG besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei Übernahme des Unfalles zugestellt wird.

