

## Unfallmeldung

Schadennummer

Policennummer / Vers.

Unfall  Berufskrankheit  Rückfall  Zahnschaden

### Arbeitgeber

Name und Adresse

Kontaktperson / erreichbar

Telefon / Mail

Bankkonto / IBAN

### Verletzte Person

Vorname, Name

Zivilstand

m  w

Strasse, Nr.

Geburtsdatum / AHV-Nr.

PLZ und Ort

Nationalität / Bewilligung

Telefon / E-Mail

Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.

nein  ja, Anz.

Krankenkasse

Bankkonto / IBAN

### Anstellung

Ausgeübter Beruf

Angestellt seit

Berufliche Kenntnisse

Üblicher Arbeitsplatz

unregelm. Einsatz

Beschäftigungsgrad  %

Betriebsübliche Arbeitszeit

 Std. / Woche
 

Ø Arbeitszeit

 Std. / Woche
 

Ø Arbeitszeit

 Tg. / Woche
 

### Unfalldatum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt?

ja  nein

Wurden Zeugen befragt?

ja  nein

Name der Zeugen

Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz

ja  nein

Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?

ja  nein

Datum / Uhrzeit

### Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital

Nachbehandelnder Arzt

Betroffenes Körperteil

li  re

Art der Verletzung

### Lohn

Barlohn

	CHF / Std.	CHF / Tag	CHF / Monat	CHF / Jahr
Grundlohn (brutto)				
Kinder- / Familienzulagen				
Andere Lohnzulagen, Art:				
Gratifikation / 13. Monatslohn ( % oder CHF)				

Naturallohn

Art

Quellensteuerpflichtig

ja  nein

Sonderfälle

Familienmitglied  Gesellschafter

freiwillig Versicherter

Saisonnier

weitere Arbeitgeber

andere Leistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

nein  ja, wo?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## Unfallmeldung

Schadennummer

Policennummer / Vers.

Unfall  Berufskrankheit  Rückfall  Zahnschaden

### Arbeitgeber

Name und Adresse

Kontaktperson / erreichbar

Telefon / Mail

Bankkonto / IBAN

### Verletzte Person

Vorname, Name

Zivilstand

m  w

Strasse, Nr.

Geburtsdatum / AHV-Nr.

PLZ und Ort

Nationalität / Bewilligung

Telefon / E-Mail

Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  nein  ja, Anz.

Krankenkasse

Bankkonto / IBAN

### Anstellung

Ausgeübter Beruf

Angestellt seit

Berufliche Kenntnisse

Üblicher Arbeitsplatz

unregelm. Einsatz

Beschäftigungsgrad  %

Betriebsübliche Arbeitszeit  Std. / Woche

Ø Arbeitszeit  Std. / Woche

Ø Arbeitszeit  Tg. / Woche

### Unfalldatum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt?

ja  nein

Wurden Zeugen befragt?

ja  nein

Name der Zeugen

Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz

ja  nein

Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?

ja  nein

Datum / Uhrzeit

### Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital

Nachbehandelnder Arzt

Betroffenes Körperteil

li  re

Art der Verletzung

### Lohn

Barlohn

	CHF / Std.	CHF / Tag	CHF / Monat	CHF / Jahr
Grundlohn (brutto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinder- / Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Lohnzulagen, Art: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gratifikation / 13. Monatslohn ( % oder CHF)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Naturallohn

Art

Quellensteuerpflichtig

ja  nein

Sonderfälle

Familienmitglied

Gesellschafter

freiwillig Versicherter

Saisonnier

weitere Arbeitgeber

andere Leistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

nein  ja, wo?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## Arztzeugnis

Schadennummer

Policennummer / Vers.

Unfall  Berufskrankheit  Rückfall  Zahnschaden

### Arbeitgeber

Name und Adresse

Kontaktperson / erreichbar

Telefon / Mail

Bankkonto / IBAN

### Verletzte Person

Vorname, Name

Zivilstand

m  w

Strasse, Nr.

Geburtsdatum / AHV-Nr.

PLZ und Ort

Nationalität / Bewilligung

Telefon / E-Mail

Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  nein  ja, Anz.

Krankenkasse

Bankkonto / IBAN

Unfalldatum / Uhrzeit

### Erstbehandlung

Datum

während der Sprechstunde  ausserhalb der Sprechstunde  
 am Unfallort  in der Wohnung des Patienten

### Angaben des Patienten

Unfallhergang und Beschwerden?

Rückfall

### Allgemeinzustand

Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)

Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)

### Befund

Röntgenbefund

Befund

### Diagnose

### Kausalität

Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?

ja  
 nein, Begründung

### Therapie

Was haben Sie bisher veranlasst?

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

Ist der Patient hospitalisiert?  nein  ja, wo?

### Arbeitsunfähigkeit

nein  ja, zu

% ab  Voraussichtlich bis

### Arbeitsaufnahme

nein  ja, Teilweise zu

% ab  Voll ab

### Behandlungsabschluss

nein, voraussichtlich in  Wochen

ja, am

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift  
des Arztes



