|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schadenmeldung UVG | [ ]  Unfall [ ]  Zahnschaden**[ ]  Berufskrankheit** **[ ]  Rückfall** | Schaden-Nummer:      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
|  |  | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
|  |  | Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
|  | Ist die Person quellensteuerpflichtig?[ ]  Ja [ ]  Nein | Zivilstand | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre**(Anzahl)** [ ] keine |
| **3. Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
|  | Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  PraktikantVerhältnis: [ ]  unbefristeter Arbeitsvertrag [ ]  befristeter Arbeitsvertrag [ ]  Arbeitsverhältnis gekündigt |
|  | Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad:  %Betriebsübliche Vollarbeitszeit:  Stunden je Woche Arbeitseinsatz: [ ]  unregelmässig [ ]  Kurzarbeit |
| **4. Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)  |
| **5. Unfallort** | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) |
| **6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)** | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge |
|  | Beteiligte Person(en):      Besteht ein Polizeirapport? [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Unbekannt |
| **7. Berufsunfall** | Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) |
| **8. Nicht-** **berufsunfall** | Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?bis **(Wochentag, Datum, Zeit)** Grund der Absenz:  |
| **9. Verletzung** | Betroffener Körperteil | Seite | Art der Schädigung |
| **10. Arbeits-unfähigkeit** | Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja, ab wann?  |
|  | Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:Länger als 1 Monat [ ]  | Falls Arbeit wieder aufgenommen:Ab wann?  [ ]  ganz [ ]  teilweise |
| **11. Arzt-adressen** | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |
| **12. Lohn** |  CHF pro | **Stunde** | **Monat** | **Jahr** |
|  | Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) |  |  |  |
|  | Kinder-/Familienzulagen |  |  |  |
|  | Ferien-/Feiertagsentschädigung in **%** oder |  |  |  |
|  | Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) in **%** oder |  |  |  |
|  | Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) |  |  |  |
|  | Bezeichnung |  |
| **13. Sonderfälle** | [ ]  Freiwillige Unternehmensversicherung [ ]  Familienmitglied, Gesellschafter[ ]  weitere(r) Arbeitgeber:   |
| **14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen** | Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?Wenn ja, wo?  |

 Ort und Datum Stempel und Unterschrift

 **Ort,**

Geht an: Versicherungsgesellschaft

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schadenmeldung UVG**Doppel für den Betrieb** | [ ]  Unfall [ ]  Zahnschaden**[ ]  Berufskrankheit** **[ ]  Rückfall** | Schaden-Nummer:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
| Ist die Person quellensteuerpflichtig?[ ]  Ja [ ]  Nein | Zivilstand | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre**(Anzahl)** **[ ]** keine |
| **3. Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  PraktikantVerhältnis: [ ]  unbefristeter Arbeitsvertrag [ ]  befristeter Arbeitsvertrag [ ]  Arbeitsverhältnis gekündigt |
| Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad:  %Betriebsübliche Vollarbeitszeit:  Stunden je Woche Arbeitseinsatz: [ ]  unregelmässig [ ]  Kurzarbeit |
| **4. Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)  |
| **5. Unfallort** | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) |
| **6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)**Kopie | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge |
| Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Unbekannt |
| **7. Berufsunfall** | Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) |
| **8. Nicht-** **berufsunfall** | Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?bis **(Wochentag, Datum, Zeit)** Grund der Absenz:  |
| **9. Verletzung** | Betroffener Körperteil | Seite | Art der Schädigung |
| **10. Arbeits-unfähigkeit** | Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja, ab wann?  |
| Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:Länger als 1 Monat [ ]  | Falls Arbeit wieder aufgenommen:Ab wann? [ ]  ganz [ ]  teilweise |
| **11. Arzt-adressen** | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |
| **12. Lohn** |  CHF pro | **Stunde** | **Monat** | **Jahr** |
|  | Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) |  |  |  |
|  | Kinder-/Familienzulagen |  |  |  |
|  | Ferien-/Feiertagsentschädigung in **%** oder |  |  |  |
|  | Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) in **%** oder |  |  |  |
|  | Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) |  |  |  |
|  | Bezeichnung |  |
| **13. Sonderfälle** | [ ]  Freiwillige Unternehmensversicherung [ ]  Familienmitglied, Gesellschafter[ ]  weitere(r) Arbeitgeber:  |
| **14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen** | Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?Wenn ja, wo?  |

 Ort und Datum Stempel und Unterschrift

 **Ort,**

Doppel für den Betrieb

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arztzeugnis UVG | [ ]  Unfall [ ]  Zahnschaden[ ]  Berufskrankheit [ ]  Rückfall | Schaden-Nr.:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
|  **Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
| Zivilstand | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre**(Anzahl)** **[ ]** keine |
|  **Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  PraktikantVerhältnis: [ ]  unbefristeter Arbeitsvertrag [ ]  befristeter Arbeitsvertrag [ ]  Arbeitsverhältnis gekündigt |
| Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad:  %Betriebsübliche Vollarbeitszeit:  Stunden je Woche Arbeitseinsatz: [ ]  unregelmässig [ ]  Kurzarbeit |
|  **Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)  |
| **1. Erst-** **behandlung** | Tag Monat Jahr Zeit 🞎 während 🞎 ausserhalb der Sprechstunde 🞎 am Unfallort 🞎 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? 🞎 ja 🞎 neinWenn nein, bitte begründen: |
| **7. Therapie** | a) Was haben Sie bisher Veranlasst?b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?c) Ist oder war der Patient Hospitalisiert? 🞎 ja 🞎 neinWenn ja, wo? |
| **8. Arbeits-** **unfähigkeit** | 🞎 ja, zu % ab voraussichtlich bis🞎 nein |
| **9. Arbeits-** **aufnahme** | 🞎 ja, zu % ab Voll ab🞎 nein |
| **10. Behand-** **lungs-** **abschluss** | 🞎 ja, am:🞎 nein, voraussichtlich in Wochen |

 Ort und Datum Unterschrift und Stempel des Arztes

Geht an: Erstbehandelnden Arzt/Spital 🡺 Versicherungsgesellschaft

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| Apothekerschein UVG | Schaden-Nr.: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Arbeitgeber** |  | Tel.-Nr. | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz: |
|  **Verletzter** | Name und VornameStrassePLZ/Wohnort | Geburtsdatum: | AHV-Nummer: |
| Tel.-Nr. |  |
|  |  |
|  **Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)  |

**Hinweise für den Verletzten**

Hat die Versicherung 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 Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

**Hinweise für den Apotheker**

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung - die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient - zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

**Rechnung der Apotheke**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum der Abgabe | Art und Menge | Preis |
|  |  | CHF | Rp. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Bitte Rezepte Beilegen Total** |  |

Geht an: Verletzter 🡺 Apotheke 🡺 Versicherungsgesellschaft

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die Versicherung.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der Versicherung verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;

- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum:

Stempel der Apotheke:

Konkordats-Nr.:

Postchek-Konto-Nr. oder Bank mit Bankkonto-Nr.

Abrechnung über OFAC? 🞎 ja 🞎 nein

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| Unfallschein UVG | Schaden-Nr.: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
|  **Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
| Zivilstand | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre**(Anzahl)** **[ ]** keine |
|  **Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  PraktikantVerhältnis: [ ]  unbefristeter Arbeitsvertrag [ ]  befristeter Arbeitsvertrag [ ]  Arbeitsverhältnis gekündigt |
| Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad:  %Betriebsübliche Vollarbeitszeit:  Stunden je Woche Arbeitseinsatz: [ ]  unregelmässig [ ]  Kurzarbeit |
|  **Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)  |

**Hinweise für den Verletzten**

Wir bitten Sie, die **Schadennummer** - die auf jeder Zuschrift der Versicherung 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.

Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

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

**Spitalbehandlung.** Die Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die

Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.

**Eine Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schriebe 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 Unfalls zugestellt wird.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel).

**Eintragungen des Arztes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Arbeitsunfähigkeit | Unterschriftdes Arztes |
| und Zeit des nächsten Besuches | des erfolgtenBesuches | Grad in % | Gültig ab |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| \* Evtl. Bemerkung zur Teilarbeitsfähigkeit |  |
| 1) %, d.h Std./Tag zu % |  |
| 2) %, d.h Std./Tag zu % |  |
| 3) %, d.h Std./Tag zu % |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Arbeitsunfähigkeit | Unterschriftdes Arztes |
| und Zeit des nächsten Besuches | des erfolgtenBesuches | Grad in % | Gültig ab |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Die Ärztliche Behandlung endigt am: | Medikamente Bezogen bei:(Name und Adresse der Apotheke) |

**Stempel und Unterschrift des Arztes**

Geht an: Verletzter 🡺 Arbeitgeber 🡺 Versicherungsgesellschaft