

Unfallmeldung UVG

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

1. Arbeitgeber

Name:

Police-Nr.:

Strasse:

Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

PLZ/Ort:

Telefon:

Bank/Filiale:

IBAN-Nr.:

2. Verletzter/ Versicherter

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

AHV-Nr. (13-stellig):

Strasse:

Heimort:

weiblich

PLZ/Ort:

Zivilstand:

männlich

Telefon:

Nationalität:

E-Mail:

Sprache:

Bank/Filiale:

IBAN-Nr.:

Anzahl Kinder bis 18 (in Ausbildung bis 25):

3. Anstellung

Datum der Anstellung:

freiwillig Versicherter

gelernt

angelernt

Übliche berufliche Tätigkeit:

selbständig

ungelernt

Lehrling

Erlernter Beruf:

4. Unfalldatum

Tag:

Monat:

Jahr:

Zeit (Std./Min.):

5. Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)

6. Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfall/Unfallhergang/beteiligte Personen/Maschinen/Geräte/Fahrzeuge/Stoffe:

7. Abklärung/ Polizeirapport

Wer hat die Abklärung durchgeführt? Polizeirapport?

Namen der Zeugen?

Untersuchung erwünscht?

Ja

Nein

Wurden sie befragt?

Ja

Nein

8. Nichtberufsunfall

Mehrere Arbeitgeber? Bei welchem zuletzt gearbeitet vor dem Unfall?

Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim betreffenden Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?

9. Verletzung

Betroffene Körperteile (links/rechts):

Art der Schädigung:

10. Arbeitsunfähigkeit

Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt?

Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)

Ja

Nein

Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?

Ja

Nein

Seit wann:

ganz

teilweise

Sind Ferien geplant?

Nein

Ja – von/bis

Apothekerschein zu Unfall-Meldung UVG

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

Arbeitgeber

Name:

Police-Nr.:

Kontaktperson:

Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Verletzter/

Name:

PLZ/Ort:

Versicherter

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

AHV-Nr. (13-stellig):

Unfalldatum

Tag:

Monat:

Jahr:

Zeit (Std./Min.):

Hinweise für den Verletzten

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum, an die zuständige Direktion. Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn:

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

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe Art und Menge

Preis
CHF Rp.

Datum:

.....
Stempel der Apotheke:
.....

Bitte Rezepte beilegen

Total