

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

1. Arbeitgeber

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Bank/Filiale:

Police-Nr.:
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

IBAN-Nr.:

**2. Verletzter/
Versicherter**

weiblich
männlich

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
IBAN-Nr.:
Bank/Filiale:

Geburtsdatum:
AHV-Nr. (13-stellig):
Heimatort:
Zivilstand:
Nationalität:
Sprache:
IBAN-Nr.:

3. Anstellung

Datum der Anstellung:
Übliche berufliche Tätigkeit:
Erlerner Beruf:

freiwillig Versicherter	gelernt	angelern
selbständig	ungelernt	Lehrling

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 infolge 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

11. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt/Spital:

Nachbehandelnder Arzt/Spital:

12. Arbeitszeit des VerletztenTage je Woche: Stunden je Woche: Betriebsübliche wöchentliche
Arbeitsstunden: Arbeitseinsatz:
unregelmässig Kurzarbeit**13. Lohn**

Bei unregelmässiger Beschäftigung bitte Lohnjournal der Monate vor dem Unfall beilegen.

Massgebender Lohn	CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn (brutto)					
Teuerungszulage					
Akkord/Provision					
Kinder-/Familienzulagen					
Ferien-/Feiertagsentschädigungen	% oder				
Andere Lohnzulagen (Art.)					
Gratifikation/13. Monatslohn	% oder				
Art					
Naturallohn					
Sonderfälle	Familienmitglied	Gesellschafter	freiwillig Versicherter	Saisonnier	Quellsteuerpflichtig

Weiterer Arbeitgeber:

Pensum:

14. Andere Sozialversicherungsleistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?

Name der obligatorischen Krankenversicherung:

Der Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort, Datum:

Unterschrift des Versicherten/Verletzten:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Apothekerschein zu Unfall-Meldung UVG

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

Arbeitgeber

Name:
Kontaktperson:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:

Police-Nr.:
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

**Verletzter/
Versicherter**

Name:
Vorname:
Strasse:

PLZ/Ort:
Geburtsdatum:
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