

Unfallmeldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.	
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse		Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)
		Nationalität		Heimort
		Zivilstand		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl keine
3. Anstellung Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit		
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)				
6. Unfallbe-schreibung		Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt? Untersuchung erwünscht? ja nein		Name der Zeugen		Wurden sie befragt? ja nein
8. Nicht-berufs-unfall		Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
9. Verletzung Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung		
10. Arbeits-unfähigkeit Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? ja nein		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)		
11. Arzt-adressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
12. Arbeitszeit des Verletzten Tage je Woche Stunden je Woche Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden		Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit		
13. Lohn		Std. ①	Tag ②	Monat ③
Fr. pro Barlohn Grundlohn (brutto) Teuerungszulage Akkord / Provision Kinder- / Familienzulagen Ferien- / Feiertagsentschädigung % oder Andere Lohnzulagen (Art): Gratifikation / 13. Monatslohn % oder Naturallohn Art: Quellensteuerpflichtig ja nein				
Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter freiwillig Versicherter Saisonnier		Weitere Arbeitgeber:		
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen		Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Nein Wenn ja, wo?		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: **Allianz Suisse**

Unfallmeldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.		Police-Nr.	
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse		Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
		Nationalität		Heimatort	
		Zivilstand		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl keine	
3. Anstellung Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit			
4. Unfall-datum		Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort		Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)			
6. Unfallbe-schreibung		Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt? Untersuchung erwünscht? ja nein		Name der Zeugen		Wurden sie befragt?	
				ja nein	
8. Nicht-berufs-unfall		Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung			
10. Arbeits-unfähigkeit ja nein		Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt?		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)	
11. Arzt-adressen		Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
12. Arbeitszeit des Verletzten		Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit
13. Lohn		Fr. pro		Std. ①	Tag ②
				Monat ③	Jahr ④
Barlohn Grundlohn (brutto)					
Teuerungszulage					
Akkord / Provision					
Kinder- / Familienzulagen					
Ferien- / Feiertagsentschädigung % oder					
Andere Lohnzulagen (Art): Gratifikation / 13. Monatslohn % oder					
Naturallohn Art: Quellensteuerpflichtig ja nein					
Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter freiwillig Versicherter Saisonnier					
Weitere Arbeitgeber:					
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen		Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Nein Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Arztzeugnis UVG

Schaden-Nummer

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.			
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)					
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)			
	Nationalität		Heimatort			
	Zivilstand		Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl keine			
Anstellung	Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit			
Unfall- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
1. Erst- behandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> 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? Wenn nein, bitte begründen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst? _____					
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? _____					
	c) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?					
8. Arbeits- unfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	zu	% ab	Voraussichtlich bis		
	<input type="checkbox"/> nein					
8. Arbeits- aufnahme	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab		
	<input type="checkbox"/> nein					
10. Behand- lungs- abschluss	<input type="checkbox"/> ja	am				
	<input type="checkbox"/> nein	– voraussichtlich in	Wochen			

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel **des Arztes**

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt**

Apothekerschein UVG

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)

Unfall- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
--------------------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

- Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten 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	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

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

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.
Abrechnung über OFAC?

Unfallschein UVG

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken → Schaden-Nummer

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)

Unfall- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
--------------------------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

- Wir bitten Sie, die **Referenznummer** – 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 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.
- 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		Unterschrift des Arztes
	und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endigte am					

Stempel des Arztes

Geht an: **Verletzter** → **Arbeitgeber** → **Versicherung**