

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer
----------------

# Schadenmeldung UVG

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr. _____	Policen-Nr. _____
		Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail) _____	
		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig) _____	
<b>2. Verletzte Person</b>	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ      Wohnort _____	Geburtsdatum _____ Tel.-Nr. _____	AHV-Nummer _____ Staatsangehörigkeit _____ Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ___ Anzahl <input type="checkbox"/> keine
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung _____	Ausgeübter Beruf _____	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Oberes Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		
	Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt		
	Arbeitszeit der verletzten Person: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent		
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr
			Zeit
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) _____		
<b>6. Sachverhalt</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge _____ _____ _____ Beteiligte Person/en: _____ Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) _____		
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat die verletzte Person vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Art der Schädigung: _____		
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	Arbeit als Folge des Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann?
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: _____ länger als 1 Monat: <input type="checkbox"/> ja		Falls Arbeit wieder aufgenommen: _____ Prozent Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____
<b>12. Lohn</b>	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungsausgleich (brutto)			
Kinder-/Familienzulagen			
Ferien-/Feiertagsentschädigung			
Gratifikation/13. Monatslohn			
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
Bezeichnung: _____			
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeyerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> weitere/r Arbeitgeber:		
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, der Suva oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, der Invalidenversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung, der Militärversicherung oder der Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

# Schadenmeldung UVG

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer
----------------

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Policen-Nr.
	Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)			
	Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzte Person</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Oberes Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
	Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt			
Arbeitszeit der verletzten Person: (Stunden je Woche) _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent		
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
Beteiligte Person/en: _____				
Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat die verletzte Person vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet?		Grund der Absenz:	
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	Arbeit als Folge des Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann?	
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: _____		Falls Arbeit wieder aufgenommen: _____ Prozent		
länger als 1 Monat: <input type="checkbox"/> ja		Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungsausgleich (brutto)				
Kinder-/Familienzulagen				
Ferien-/Feiertagsentschädigung				
Gratifikation/13. Monatslohn				
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung: _____				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unterversicherung		<input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter	
<input type="checkbox"/> weitere/r Arbeitgeber:				
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, der Suva oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, der Invalidenversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung, der Militärversicherung oder der Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer

## Arztzeugnis UVG

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl				Tel.-Nr.	Policen-Nr.
					Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)	
					Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte Person</b>	Name und Vorname				Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse				Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort			Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung				Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Oberes Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in					
	Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt					
	Arbeitszeit der verletzten Person: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit					
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit		
<b>5. Erst-behandlung</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während Sprechstunde <input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten
<b>6. Angaben des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?					
<b>7. Allgemein-zustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)					
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)					
<b>8. Befund</b>	Röntgenbefund:					
<b>9. Diagnose</b>						
<b>10. Kausalität</b>	a) Welche Ursachen kommen für die aktuellen Beschwerden in Frage: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> andere: welche?					
	b) Hat die Patientin/der Patient bereits vorher unter ähnlichen Beschwerden gelitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behandlung bei					
<b>11. Therapie</b>	a) Was haben Sie bisher veranlasst?					
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?					
	c) Ist die Patientin/der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?					
<b>12. Arbeits-unfähigkeit</b>	Arbeit als Folge des Unfalles ausgesetzt?				Wurde die Arbeit wieder aufgenommen?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann?			<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	Ab wann?
<b>13. Arbeits-aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilweise zu	% ab	Voll ab		
<b>14. Behand-lungs-abschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	am: voraussichtlich in _____ Wochen				

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

# Apothekerschein UVG

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer
----------------

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Policen-Nr.
		Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)	
		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte Person</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ      Wohnort		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr      Zeit

### Informationen für die verletzte Person

Geben Sie diesen Apothekerschein in der Apotheke ab. Sie erhalten die vom Arzt verordneten Medikamente ohne Bezahlung, wenn die ÖKK Unfallversicherung die Übernahme der Heilungskosten zugesichert hat.

Bitte beziehen Sie alle Medikamente in der gleichen Apotheke.

Vermerken Sie auf diesem Formular oben rechts bitte die Schaden-Nummer. Sie finden die Schaden-Nummer in jedem Brief der ÖKK Unfallversicherung.

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Total</b>			

Bitte Rezepte beilegen

Total    

### Informationen für die Apotheke

Wir bestätigen der verletzten Person die Übernahme der Behandlungskosten. Bitte verlangen Sie diese Bestätigung. Für Sie gilt sie als Zahlungsgarantie.

Auf der Bestätigung ist die Schaden-Nummer aufgeführt. Bitte übertragen Sie die Schaden-Nummer in das entsprechende Feld auf diesem Formular.

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung an die ÖKK Unfallversicherung. Dauert die Behandlung länger als 3 Monate? Senden Sie uns den ersten Apothekerschein nach 3 Monaten ab Unfalldatum.

Benötigen Sie einen neuen Apothekerschein? Sie können diesen bei der ÖKK Unfallversicherung bestellen.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke: \_\_\_\_\_

Postkonto-Nr., Bank und Bankkonto-Nr.
Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

# Unfallschein UVG

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer
----------------

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Policen-Nr.
		Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)	
		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte Person</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf
	Stellung: <input type="checkbox"/> Oberes Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		
	Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt		
	Arbeitszeit der verletzten Person: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr
			Zeit

## Informationen für die verletzte Person

**Angabe der Schaden-Nummer:** Bitte vermerken Sie auf diesem Formular oben rechts die Schaden-Nummer. Sie finden die Schaden-Nummer in jedem Brief der ÖKK Unfallversicherung. Halten Sie bei telefonischen Anfragen diese Nummer bereit.

**Unfallschein:** Dieser Unfallschein bleibt während Ihrer Genesung bei Ihnen. Bitte lassen Sie auf dem Unfallschein jeden Arztbesuch vom behandelnden Arzt bestätigen. Übergeben Sie den Unfallschein nach Abschluss der Behandlung Ihrem Arbeitgeber.

**Anerkennung einer Leistungspflicht:** Dieser Unfallschein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

**Arbeitsunfähigkeit:** Ihr Arzt trägt die Arbeitsunfähigkeit auf dem Unfallschein ein. Teilarbeitsfähige Personen müssen die volle Arbeitszeit einhalten. Ausnahmen bescheinigt der Arzt auf dem Unfallschein (siehe Kasten unten links\*).

**Taggeld:** Sie haben Anspruch auf ein Taggeld ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Lohnes.

**Arztwechsel:** Bitte informieren Sie die ÖKK Unfallversicherung, wenn Sie den behandelnden Arzt wechseln.

**Spitalaufenthalt:** Die obligatorische Unfallversicherung übernimmt die Kosten für eine Behandlung in der allgemeinen Spitalabteilung. Unter Umständen müssen Sie sich an den Unterhaltskosten beteiligen. Dieser Beitrag wird direkt vom Taggeld abgezogen.

**Reise- und Transportkosten:** Die ÖKK Unfallversicherung bezahlt die notwendigen Reise- und Transportkosten zum nächsten Arzt oder Spital. Bitte benutzen Sie dafür – wenn immer möglich – die öffentlichen Verkehrsmittel (eventuell Abonnement lösen). Geben Sie uns auf Ihrer Spesenabrechnung Ihre Zahlungsverbindung bekannt (Bank-/Postkonto).

Wenn Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln lassen, kann die ÖKK Unfallversicherung keine Mehrkosten entschädigen.

## Eintragungen des Arztes

	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
<b>*Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit</b>					
1)	% d.h.		Std./Tag zu		%
2)	% d.h.		Std./Tag zu		%
3)	% d.h.		Std./Tag zu		%

	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am			Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		