





**Schadenmeldung UVG  
Doppel für den Arbeitgeber**

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre — Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
	Bank, Filiale, Bankkonto und Clearing-Nr. oder PC-Konto			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: Prozent	
4. Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (detaillierte Unfallbe- schreibung, Verdacht auf Berufs- krankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht- berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: Grund der Absenz:			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arbeits- unfähigkeit	Arbeit zufolge 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"/>		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arzt- adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
	Bezeichnung:			
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	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> quellensteuerpflichtig			
	<input type="checkbox"/> 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? <b>Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Mitglied-Nummer):</b>			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



Schaden-Nummer

## Arztzeugnis UVG

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl				Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)					
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname				Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse				Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort			Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ___ Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
	Bank, Filiale, Bankkonto und Clearing-Nr. oder PC-Konto					
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung				Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in					
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt					
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche				Vertraglicher Beschäftigungsgrad: Prozent	
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche)						
Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit						
<b>Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)		
<b>1. Erst-behandlung</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde
<input type="checkbox"/> am Unfallort <input type="checkbox"/> in der Wohnung der/des Patienten						
<b>2. Angaben der Patientin/des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?					
<b>3. Allgemein-zustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)					
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)					
<b>4. Befund</b>	Röntgenbefund:					
<b>5. Vorläufige Diagnose</b>						
<b>6. 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) Litt der/die Patient/in bereits vorher unter ähnlichen Beschwerden?	
					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behandlung bei	
<b>7. Therapie</b>	a) Was haben Sie bisher veranlasst?					
	b) Schlagen Sie besondere medizinische oder nicht medizinische Massnahmen vor?					
	c) Ist der/die Patient/in hospitalisiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wo?					
<b>8. Arbeits-unfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja, zu		% ab	Voraussichtlich bis		
	<input type="checkbox"/> nein					
<b>9. Arbeits-aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja Teilweise zu		% ab	Voll ab		
	<input type="checkbox"/> nein					
<b>10. Behandlungs-abschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja, am:					
	<input type="checkbox"/> nein-voraussichtlich in		Wochen			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift **der Ärztin/des Arztes**





## Erläuterungen zur Schadenmeldung

Wir bitten Sie, die Schadenmeldung vollständig auszufüllen und uns umgehend zuzustellen. Nachstehende Ausführungen mögen Ihnen behilflich sein. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

### Allgemeines

Diese Formulargarnitur ist auszufüllen, wenn

- die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage dauert (Unfalltag inbegriffen);
- eine Berufskrankheit vorliegt;
- eine Zahnverletzung zu melden ist;
- ein Rückfall vorliegt.

Ist lediglich eine zahnärztliche Behandlung notwendig, so genügt es, wenn Sie die Schadenmeldung (UVG ohne Ziffer 12 Lohnangaben) dem zuständigen Schadenzentrum senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten. Das Schadenzentrum wird mit dem Zahnarzt Kontakt aufnehmen.

Bei der Meldung eines Rückfalls geben Sie bitte die Schaden-Nummer an. Sofern die Nummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte das Schadendatum und den damaligen Arbeitgeber an.

Bei schweren Unfällen – insbesondere bei Todesfällen – wollen Sie zusätzlich das zuständige Schadenzentrum sofort telefonisch benachrichtigen.

Ist keine dieser Voraussetzungen erfüllt, genügt die Meldung mittels der grünen Formulargarnitur «Bagatellunfall-Meldung UVG».

### Verwendung der Angaben

Die Angaben auf der Schadenmeldung werden verwendet für:

- a) die Schadenerledigung;
- b) die Erstellung anonymisierter Statistiken für die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten;
- c) die gesetzlich vorgeschriebene anonymisierte Weitergabe an das Bundesamt für Statistik zwecks Erstellung der öffentlichen Lohnstatistik des Bundes.

## Erläuterungen zu einzelnen Fragen der Schadenmeldung

---

### Ziffer 1 «Üblicher Arbeitsplatz»

Dreherei/Bauschreinerei/Büro EDV

---

### Ziffer 3 «Ausgeübter Beruf»

Es ist eine möglichst genaue Bezeichnung der wichtigsten beruflichen Tätigkeit der verletzten Person anzugeben.

#### Beispiele:

«Metallschleifer» (statt «Schleifer»)  
«Verkäuferin, Textilwaren» (statt «Verkäuferin»)  
«Finanzdirektorin» (statt «Direktorin»)

Angaben wie Hilfsarbeiter, Angestellte usw. genügen nicht.

---

### Ziffer 5 «Unfallort»

#### Beispiele:

Bei Berufsunfällen:  
3014 Bern, Halle 1/Baustelle xy/Treppenhaus C

Bei Nichtberufsunfällen:  
9424 Rheineck, Kreuzung Thaler Str./ Schulstr.  
oder 6005 Luzern, Sportanlage «Allmend»

---

### Ziffer 6 «Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)»

Es wird eine möglichst genaue Schilderung des Ablaufs und seiner Begleitumstände erwartet.

---

### Ziffer 8 «Nichtberufsunfall»

Hat der/die Verletzte vor dem Unfall nicht mehr gearbeitet, sind die Gründe der Abwesenheit (z.B. Ferien, Krankheit, Militär, unbezahlter Urlaub, Arbeitslosigkeit) zu erwähnen.

---

### Ziffer 12 «Lohn»

Es ist der nach AHV massgebende Lohn (gemäss Art. 7 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung) anzugeben. D.h. der Bruttolohn vor Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern usw., der dem/der Versicherten im Zeitpunkt des Unfalles zustand.

Auch bei Löhnen über dem Höchstbetrag des versicherten Verdienstes ist der effektive Lohn anzugeben.

Bei der freiwilligen Unternehmerversicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.