

Unfallmeldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)				
2. Verletzte/r			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)	
Name und Vorname			Nationalität	Heimatort	
Strasse			Zivilstand	Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	
PLZ/Wohnort				Anzahl	keine
Telefon/E-Mail					
Post- oder Bankkonto					
Krankenkasse					
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		gelernt	angelernt
				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 Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen		Wurden Sie befragt?
	Untersuchung erwünscht?	ja	nein		ja
					nein
8. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/die Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?				
9. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung		
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt?		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)		
	ja	nein			
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
12. Arbeitszeit der/des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche 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 ja nein				
	Gesellschafter/in		freiwillig Versicherte/r	Saisonnier	
	Weitere Arbeitgeber:				
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/die 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: **National Versicherung**

Schaden-Nummer

Unfallmeldung UVG

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)				
2. Verletzte/r			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)	
Name und Vorname			Nationalität	Heimatort	
Strasse			Zivilstand	Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	
PLZ/Wohnort				Anzahl	keine
Telefon/E-Mail					
Post- oder Bankkonto					
Krankenkasse					
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		gelernt	angelernt
				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 Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen		Wurden Sie befragt?
	Untersuchung erwünscht?	ja	nein		ja
8. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?				
9. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung		
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt?		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)		
	ja	nein			
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
12. Arbeitszeit der/des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche 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 ja nein				
	Gesellschafter/in		freiwillig Versicherte/r	Saisonnier	
	Weitere Arbeitgeber:				
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/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

Kopie für den Arbeitgeber

Schaden-Nummer

Arztzeugnis UVG

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)				
Verletzte/r			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)	
Name und Vorname			Nationalität	Heimatort	
Strasse			Zivilstand	Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	
PLZ/Wohnort				Anzahl keine	
Telefon/E-Mail					
Post- oder Bankkonto					
Krankenkasse					
Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		gelernt angelernt ungelernt Lehrling	
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
1. Erstbehandlung	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 der/des Patienten
2. Angaben der Patientin/des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?				
3. Allgemeinzustand	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?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Wenn nein, bitte begründen:				
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst? b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? c) Ist der/die Patient/in hospitalisiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wo?				
8. Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, zu	% ab	Voraussichtlich bis		
	<input type="checkbox"/> nein				
9. Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab	
	<input type="checkbox"/> nein				
10. Behandlungsabschluss	<input type="checkbox"/> ja, am:				
	<input type="checkbox"/> nein – voraussichtlich in Wochen				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

 Geht an: **Erstbehandelnden Arzt ⇒ National Versicherung**

Unfallmeldung UVG

Seite 3/5

Apothekerschein UVG

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)			
Verletzte/r		Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)
Name und Vorname			
Strasse			
PLZ/Wohnort			
Telefon/E-Mail			
Post- oder Bankkonto			
Krankenkasse			
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
			Zeit (Std., Min.)

Hinweise für die/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 Zugschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/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
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: _____

Postkonto oder Bank und Bankkonto-Nr.

Abrechnung über OFAC?

Geht an: Verletzte/n ⇒ Apotheke ⇒ National Versicherung

