

Schadensnummer Policennummer Versicherer

Arbeitgeber

Name und Adresse Kontaktperson / erreichbar
 Telefon / Mail
 Bankkonto / IBAN

Verletzte Person

Vorname, Name Zivilstand m w
 Strasse, Nr. Geburtsdatum / AHV-Nr.
 PLZ und Ort Nationalität / Bewilligung
 Telefon / E-Mail Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein ja, Anz.
 Krankenkasse Bankkonto / IBAN

Anstellung

Ausgeübter Beruf Angestellt seit Berufliche Kenntnisse
 Üblicher Arbeitsplatz unregelm. Einsatz Beschäftigungsgrad %
 Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Tg. / Woche

Unfalldatum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein
 Wurden Zeugen befragt? ja nein Name der Zeugen
 Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz ja nein Datum / Uhrzeit
 Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ja nein Datum / Uhrzeit

Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt
 Betroffenes Körperteil li re Art der Verletzung

Ort und Datum Stempel und Unterschrift

Unfallmeldung ohne Unterschrift





Schadennummer Policennummer Versicherer

Arbeitgeber

Name und Adresse Kontaktperson / erreichbar
 Telefon / Mail
 Bankkonto / IBAN

Verletzte Person

Vorname, Name Zivilstand m w
 Strasse, Nr. Geburtsdatum / AHV-Nr.
 PLZ und Ort Nationalität / Bewilligung
 Telefon / E-Mail Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein ja, Anz.
 Krankenkasse Bankkonto / IBAN

Anstellung

Ausgeübter Beruf Angestellt seit Berufliche Kenntnisse
 Üblicher Arbeitsplatz unregelm. Einsatz Beschäftigungsgrad %
 Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Tg. / Woche

Unfalldatum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein

Wurden Zeugen befragt? ja nein

Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz ja nein

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ja nein

Name der Zeugen

Datum / Uhrzeit

Datum / Uhrzeit

Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt

Betroffenes Körperteil li re Art der Verletzung

Ort und Datum Stempel und Unterschrift

Unfallmeldung ohne Unterschrift

Arztzeugnis

Schadennummer Policennummer Versicherer

Arbeitgeber

Name und Adresse Kontaktperson / erreichbar
 Telefon / Mail
 Bankkonto / IBAN

Verletzte Person

Vorname, Name Zivilstand m w
 Strasse, Nr. Geburtsdatum / AHV-Nr.
 PLZ und Ort Nationalität / Bewilligung
 Telefon / E-Mail Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein ja, Anz.
 Krankenkasse Bankkonto / IBAN

Unfalldatum / Uhrzeit

Erstbehandlung Datum während der Sprechstunde ausserhalb der Sprechstunde
 am Unfallort in der Wohnung des Patienten

Angaben des Patienten Unfallhergang und Beschwerden? Rückfall

Allgemeinzustand Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)

 Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)

Befund Röntgenbefund

 Befund

Diagnose

Kausalität Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? ja
 nein, Begründung

Therapie Was haben Sie bisher veranlasst?
 Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?
 Ist der Patient hospitalisiert? nein ja, wo?

Arbeitsunfähigkeit nein ja, zu % ab Voraussichtlich bis

Arbeitsaufnahme nein ja, Teilweise zu % ab Voll ab

Behandlungsabschluss nein, voraussichtlich in Wochen ja, am

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

