

Schadenmeldung UVG

Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			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/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder 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 per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %	
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(-en):		Zeugen:	
7. Berufsunfall	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. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:		Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Art der Schädigung:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, ab wann?			
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit		Falls Arbeit wieder aufgenommen:	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro		Stunde	Monat
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
	Kinder-/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigungen in % oder			
	Gratifikationen/13. Monatslohn (und weitere) in % oder			
	Andere Lohnzulagen (z. B. Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
13. Sonderfälle	Bezeichnung:			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeyerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> Weitere(-r) 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; Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:

Krankenkasse Agrisano

Schadenmeldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			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/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder 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 per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %	
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(-en):		Zeugen:	
7. Berufsunfall	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. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arbeitsunfähigkeit	Art der Schädigung:			
	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, ab wann?	
11. Arztadressen	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit		Falls Arbeit wieder aufgenommen:	
	<input type="checkbox"/> länger als ein Monat		Ab wann? <input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro		Stunde	Monat
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			Jahr
	Kinder-/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigungen in % oder			
	Gratifikationen/13. Monatslohn (und weitere) in % oder			
Andere Lohnzulagen (z. B. Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung:				
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> Weitere(-r) 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; Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:

Arbeitgeber

Arztzeugnis UVG

Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Adresse der Krankenkasse			
Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder 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 per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %	
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
1. Erstbehandlung	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 des Patienten
2. Angaben 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 Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn 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

Geht an: Erstbehandelnden Arzt Krankenkasse Agrisano

Apothekerschein UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ, Wohnort		

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
-------------	-----	-------	------	-------------------------

Hinweise für die/den Verletzte/n

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 von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abgegeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch die Apotheke eintragen zu lassen.

Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/dem Verletzten durch die Versicherung bekannt gegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkten Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber drei Monate nach Unfalldatum – an die oben aufgeführte Adresse.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schadennummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von drei Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum:

Stempel der Apotheke:

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

Unfallschein UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
	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/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder 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 per _____		
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
			Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** – 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.

Bei einem allfälligen **Arztwechsel** wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer **Spitalbehandlung**. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

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 (siehe Kasten unten links)*.

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem dritten Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jede/-r Versicherte bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z. B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- und Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragungen des Arztes

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

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

Stempel des Arztes