

Unfallmeldung UVG

		Gesellschaft		Schaden-Nr.			
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.	Police-Nr.		
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)					
2. Verletzter / Versicherter	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)		
	Strasse			Tel.	Heimatort		
	PLZ	Wohnort		Zivilstand	Nationalität <small>Kinder bis 18.J oder in Ausbildung bis 25 J</small>		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		<input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling			
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	ADB Nr. Verletzter		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)						
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe						
7. Abklärung		Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Namen der Zeugen? Wurden sie befragt?			
ADB Nr.	Untersuchung erwünscht?						
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8. Nichtberufsunfall	Wann hat 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 Unfalls ausgesetzt?			Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt/Spital	ADB Nr.	Nachbehandelnder Arzt/Spital	ADB Nr.			
12. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
13. Lohn	CHF pro			Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn	Grundlohn (brutto)						
	Teuerungszulage						
	Akkord/Provision						
	Kinder-/Familienzulagen						
	Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder						
	Andere Lohnzulagen (Art)						
	Gratifikation/13.Monatslohn % oder						
Naturallohn	Art						
Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> Saisonier <input type="checkbox"/> Quellsteuerpflichtig						
	Weiterer Arbeitgeber			Tarif			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?						
	Wenn ja, wo? _____						
	Name der obligatorischen Krankenversicherung _____						
Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten/Verletzten			Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers			

Apothekerschein zu Unfallmeldung UVG

		Gesellschaft	Schaden-Nr.
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.
			Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter / Versicherter	Name und Vorname		Geburtsdatum
	Strasse		AHV-Nr. (11-stellig)
	PLZ	Wohnort	
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
			Zeit (Std., Min.)

Hinweise für den Verletzten

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben.
Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die zuständige Direktion.
Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn
- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

Rechnung der Apotheke

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

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

ADB Nr. _____

Bitte Formular ausfüllen, ausdrucken und mit Originalunterschrift an Ihr VTL-Büro senden.