

Bagatellunfall-Meldung UVG

Schadensnummer			
1. Arbeitgeber		Tel.:	Police-Nr.:
		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:	Zivilstand:	Wohnsitz:
	PLZ:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
	Wohnort:	Tel. der/des Verletzten:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J Anzahl <input type="checkbox"/> keine
		Email:	
3. Anstellung	Datum der Anstellung:	Übliche berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Familienmitglieder, Teilhaber <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig
	Stellung: <input type="checkbox"/> höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r / Mitarbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lernende/-r <input type="checkbox"/> Praktikant/-in	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags: <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt > Kündigungsdatum:	
	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):	
5. Unfallort	Wo (Ort und PLZ) ereignete sich der Unfall? (z.B. Atelier, Strasse):		<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> Im Ausland
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe:		
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Name der Zeugen?	
		1. 2.	
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden sie befragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
	bis: Grund der Absenz:		
9. Verletzung	Betroffene Körperteile:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt Zusätzliche	
	Angaben: Art der Verletzung:		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	
11. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse:	Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):	
	<input type="checkbox"/> nein		
12. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung?		Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen):
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, wo?		
	<input type="checkbox"/> Nein		

Geht an: obenstehende Versicherung

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

Bagatellunfall-Meldung UVG

Doppel für den Betrieb

Schadensnummer			
1. Arbeitgeber		Tel.:	Police-Nr:
		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:	Zivilstand:	Wohnsitz:
	PLZ:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
	Wohnort:	Tel. der/des Verletzten:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J Anzahl <input type="checkbox"/> keine
		Email:	
3. Anstellung	Datum der Anstellung:	Übliche berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Familienmitglieder, Teilhaber <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig
	Stellung: <input type="checkbox"/> höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r / Mitarbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lernende/-r <input type="checkbox"/> Praktikant/-in		
	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag	<input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags: <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt > Kündigungsdatum:	
	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):	
5. Unfallort	Wo (Ort und PLZ) ereignete sich der Unfall? (z.B. Atelier, Strasse):		<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> Im Ausland
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe:		
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Name der Zeugen?	
		1. 2.	
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden sie befragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis:	Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Betroffene Körperteile:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt	Zusätzliche
	Angaben:		
	Art der Verletzung:		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	
11. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: <input type="checkbox"/> nein	Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):	
12. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? <input type="checkbox"/> Nein	Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen):	

