

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

1. Arbeitgeber

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Bank/Filiale:

Police-Nr.:
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

IBAN-Nr.:

**2. Verletzter/
Versicherter**

weiblich
männlich

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
IBAN-Nr.:
Bank/Filiale:

Geburtsdatum:
AHV-Nr. (13-stellig):
Heimatort:
Zivilstand:
Nationalität:
Sprache:
IBAN-Nr.:

3. Anstellung

Datum der Anstellung:
Übliche berufliche Tätigkeit:
Erlerner Beruf:

freiwillig Versicherter gelernt angelernt
selbständig 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 Unfall/Unfallhergang/beteiligte Personen/Maschinen/Geräte/Fahrzeuge/Stoffe:

**7. Abklärung/
Polizeirapport**

Wer hat die Abklärung durchgeführt? Polizeirapport? Namen der Zeugen?

Untersuchung erwünscht? Ja Nein
Wurden sie befragt? Ja Nein

8. Nichtberufsunfall

Mehrere Arbeitgeber? Bei welchem zuletzt gearbeitet vor dem Unfall?
Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim betreffenden Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?

9. Verletzung

Betroffene Körperteile (links/rechts): Art der Schädigung:

10. Arbeitsunfähigkeit

Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt? Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)
Ja Nein
Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen? Ja Nein
Seit wann: ganz teilweise
Sind Ferien geplant? Nein Ja – von/bis

Apothekerschein zu Unfall-Meldung UVG

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

Arbeitgeber

Name:
 Kontaktperson:
 Strasse:
 PLZ/Ort:
 Telefon:

Police-Nr.:
 Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

**Verletzter/
 Versicherter**

Name:
 Vorname:
 Strasse:

PLZ/Ort:
 Geburtsdatum:
 AHV-Nr. (13-stellig):

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
 CHF Rp.

Datum:

.....

Stempel der Apotheke:

.....

Bitte Rezepte beilegen

Total