

## Unfallmeldung

**Schadennummer**   
**Policennummer / Vers.**   - bei Arbeitsunfähigkeit durch den Unfall welche länger als 3 Tage dauert (Unfalltag + 2 Tg.)  
 - bei Berufskrankheit, bei Rückfall, bei Zahnschaden

### Arbeitgeber

Name  Adresse mit PLZ   
 Kontaktperson / Tel. (Mail)   PC- oder Bankkonto

### Verletzte Person

Name und Vorname   m  w Geburtsdatum / AHV-Nr.    
 Strasse und Nr.  Nationalität / Zivilstand    
 PLZ und Ort  Telefon, Mobile   
 E-Mail  Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  keine  ja, Anz.   
 Krankenkasse  PC- oder Bankkonto

### Anstellung

Ausgeübter Beruf  Angestellt seit  Stellung   
 Üblicher Arbeitsplatz  Arbeitseinsatz  Beschäftigungsgrad  %  
 Betriebsübliche Arbeitszeit  Std. / Woche  Ø Arbeitszeit des Verletzten  Std. / Woche

### Unfall

**Datum / 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 Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Wurden Zeugen befragt?  ja  nein Name der Zeugen

**Nichtberufsunfall:** Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?  ja  nein ab wann? Datum / Uhrzeit   zu  %

### Verletzung

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

### Lohn

	pro Stunde	pro Monat	pro Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinder- / Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ferien- / Feiertagsentschädigung (in % oder CHF)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Lohnzulagen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gratifikation / 13. Monatslohn, und weitere (in % oder CHF)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quellensteuerpflichtig?  ja  nein

**Sonderfälle**  Familienmitglied  Gesellschafter  Freiwillige Unternehmensversicherung

**Weitere Arbeitgeber**

**Andere Sozialversicherungsleistungen** Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?  
 nein  ja, wo?

Ort und Datum  Unterschrift

## Unfallmeldung

Schadennummer  Policennummer / Vers.

### Arbeitgeber

Name  Adresse mit PLZ   
 Kontaktperson / Tel. (Mail)  PC- oder Bankkonto

### Verletzte Person

Name und Vorname   m  w Geburtsdatum / AHV-Nr.   
 Strasse und Nr.  Nationalität / Zivilstand   
 PLZ und Ort  Telefon, Mobile   
 E-Mail  Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  keine  ja, Anz.   
 Krankenkasse  PC- oder Bankkonto

### Anstellung

Ausübter Beruf  Angestellt seit  Stellung   
 Üblicher Arbeitsplatz  Arbeitseinsatz  Beschäftigungsgrad  %  
 Betriebsübliche Arbeitszeit  Std. / Woche  Arbeitszeit des Verletzten  Std. / Woche

### Unfall

Datum / 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 Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Wurden Zeugen befragt?  ja  nein Name der Zeugen

**Nichtberufsunfall:** Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?  ja  nein ab wann? Datum / Uhrzeit  zu  %

### Verletzung

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

### Lohn

	pro Stunde	pro Monat	pro Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
Kinder- / Familienzulagen			
Ferien- / Feiertagsentschädigung (in % oder CHF)			
Andere Lohnzulagen:			
Gratifikation / 13. Monatslohn, und weitere (in % oder CHF)			

Quellensteuerpflichtig?  ja  nein

**Sonderfälle**  Familienmitglied  Gesellschafter  Freiwillige Unternehmensversicherung

**Weitere Arbeitgeber**

**Andere Sozialversicherungsleistungen** Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?  
 nein  ja, wo?

Ort und Datum  Unterschrift

## Arztzeugnis

Schadensnummer  Policennummer / Vers.

### Arbeitgeber

Name  Adresse mit PLZ   
 Kontaktperson / Tel. (Mail)   PC- oder Bankkonto

### Verletzte Person

Name und Vorname   m  w Geburtsdatum / AHV-Nr.    
 Strasse und Nr.  Nationalität / Zivilstand    
 PLZ und Ort  Telefon, Mobile   
 E-Mail  Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  keine  ja, Anz.   
 Krankenkasse  PC- oder Bankkonto

### Unfall

Datum / 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

### 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

Unterschrift des Arztes

## Apothekerschein

**Schadennummer**  **Policennummer / Vers.**

### Arbeitgeber

Name  Strasse, PLZ und Ort   
 Kontaktperson / Tel. (Mail)   PC- oder Bankkonto

### Verletzte Person

Name und Vorname   m  w Geburtsdatum / AHV-Nr.    
 Strasse und Nr.  Nationalität / Zivilstand    
 PLZ und Ort  Telefon, Mobile   
 E-Mail  Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  keine  ja, Anz.   
 Krankenkasse  PC- oder Bankkonto

### Unfall

**Datum / Uhrzeit**

### Hinweise für den Verletzten

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.  
 Bitte beziehen Sie alle Medikamente vom gleichen Apotheker, dem Sie diesen Schein abgegeben haben. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen. bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

### Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung - die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient - zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis
<b>TOTAL</b>		

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - Spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an:

**CONVIDA AG, Neuhauserstrasse 8, CH-8500 Frauenfeld**

Einen neuen Apothekerschein können Sie bei CONVIDA AG bestellen, wenn  
 - der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht  
 - nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

### Bitte Rezepte beilegen

Abrechnung über OFAC?

PC- oder Bankkonto

Ort und Datum

Unterschrift der Apotheke

## Unfallschein

Schadennummer  Policennummer / Vers.

### Arbeitgeber

Name  Strasse, PLZ und Ort   
 Kontaktperson / Tel. (Mail)   PC- oder Bankkonto

### Verletzte Person

Name und Vorname   m  w Geburtsdatum / AHV-Nr.    
 Strasse und Nr.  Nationalität   
 PLZ und Ort  Zivilstand   
 Telefon / E-Mail   Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  keine  ja, Anz.   
 Krankenkasse  PC- oder Bankkonto

Unfall Datum / Uhrzeit

### Hinweise für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Schadennummer** - 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.  
**Arztwechsel.** Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.  
**Spitalbehandlung.** Die Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.  
**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.  
**Anspruch auf Taggeld** aus der Unfallversicherung gemäss UVG besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei Übernahme des Unfalles zugestellt wird.  
 Die notwendigen Reise- und Transportkosten werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. Bsp. öffentliches Verkehrsmittel):

### Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	

Die ärztliche Behandlung endigte am:

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes