

Bagatellunfallmeldung

Schadennummer

Policennummer / Vers.

Arbeitgeber

Versicherungsnehmer Strasse, PLZ Ort

Kontaktperson / Tel. (Mail) PC- oder Bankkonto

Verletzte Person

Vorname, Name Geburtsdatum / AHV-Nr.

Strasse, Nr. Nationalität / Heimatort

PLZ und Ort Zivilstand

Telefon / E-Mail Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein ja, Anz.

Krankenkasse PC- oder Bankkonto

Anstellung

Ausgeübter Beruf Angestellt seit Berufliche Kenntnisse

Üblicher Arbeitsplatz unregelm. Einsatz Beschäftigungsgrad %

Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Tg. / 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 Wurden Zeugen befragt? ja nein

Name der Zeugen

Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz ja nein Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ja nein Datum / Uhrzeit

Verletzung

Betroffenes Körperteil links rechts

Art der Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt

Ergänzungen

Ort und Datum

Unterschrift

Bagatellunfallmeldung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Arbeitgeber

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

Verletzte Person

Vorname, Name Geburtsdatum / AHV-Nr.
 Strasse, Nr. Nationalität / Heimatort
 PLZ und Ort Zivilstand
 Telefon / E-Mail Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein ja, Anz.
 Krankenkasse PC- oder Bankkonto

Anstellung

Ausgeübter Beruf Angestellt seit Berufliche Kenntnisse
 Üblicher Arbeitsplatz unregelm. Einsatz Beschäftigungsgrad %
 Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Tg. / 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 Wurden Zeugen befragt? ja nein

Name der Zeugen

Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz ja nein Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ja nein Datum / Uhrzeit

Verletzung

Betroffenes Körperteil links rechts

Art der Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt

Ergänzungen

Ort und Datum

Unterschrift

Arztzeugnis

Schadennummer **Policennummer / Vers.**

Arbeitgeber

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

Verletzte Person

Vorname, Name Geburtsdatum / AHV-Nr.
 Strasse, Nr. Nationalität / Heimatort
 PLZ und Ort Zivilstand
 Telefon / E-Mail Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein 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

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

