

Beilage 1

Unfallmeldung UVG

☒ Unfall ☐ Zahnschaden
☐ Berufskrankheit ☐ Rückfall

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Vertragsnummer
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/r	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	Neue AHV-Nummer
			Tel.-Nr.	Geschlecht
	Ist die Person steuerpflichtig? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nr. _____		Staatsangehörigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
			Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis
			ledig	Anzahl: <input checked="" type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung 21.10.2023 - 01.11.2023		Ausgeübter Beruf Hilfskoch	
	Stellung: Unbekannt			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
	Arbeitszeit des/der Verletzten; Stunden je Woche 16		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: 100 Prozent	
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit; Stunden je Woche 42		Arbeitsinsatz: <input checked="" type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
4. Ereignisdatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
	30	10	2023	18.05
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge Der Versicherte wurde beim Überqueren eines Fussgängerstreifens von einem Motorrad erfasst. Der Polizeirapport wird noch erstellt. Kontaktperson ist: _____			
	Beteiligte Person(en): _____			
	Besteht ein Polizeirapport? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Datum, Zeit)? bis: 28.10.2023 Grund der Absenz:			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil	Seite	Art der Schädigung	
	Becken	beide	Bruch	
	Knie	rechts	Bruch	
	Handgelenk	beide	Prellung	
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, ab wann? 30.10.2023	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: länger als 1 Monat <input checked="" type="checkbox"/>		Falls Arbeit wieder aufgenommen Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro		Stunde	Monat
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		20.14	
	Kinder- / Familienzulagen			
	Ferien- / Ferientagsentschädigung		In % oder	
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)		In % oder	
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
	Bezeichnung:			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> Arbeitslosenkasse:		<input type="checkbox"/> Freiwillige Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter	
14. Andere Sozialversicherungs-	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum: 11.12.2023

Kontaktperson:

Tel. Kontaktperson:

E-Mail Kontaktperson:

Bemerkungen:

Die Bemerkungen befinden sich auf der Folgeseite.