

Beilage 7

Unfallschein UVG

Arbeitgeber: Name und Adresse mit Postleitzahl Electric AG		Schadennummer [REDACTED]	
Kontaktperson: Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl [REDACTED]		Tel.-Nr. [REDACTED]	
Verletzte/r: Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl [REDACTED]		Kunden-Nr. [REDACTED]	
Geburtsdatum [REDACTED]		Betriebszweig [REDACTED]	
Tel.-Nr. (sofern bekannt) [REDACTED]		Neuer AAV-Nummer [REDACTED]	
Zivilstand [REDACTED]		Nationalität Italien	
Verheiratet [REDACTED]		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: [REDACTED] keine	
Ausgeübter Beruf [REDACTED]		Produktionsmitarbeiter/in [REDACTED]	
Anstellung: Datum der Anstellung 01.03.2022		Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input checked="" type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellter/Arbeiter <input type="checkbox"/> Lernender <input type="checkbox"/> Praktikant	
Verhältnis: <input checked="" type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt		Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche 42:00	
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche 42:00		Vertraglicher Beschäftigungsgrad 100%	
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche 42:00		Arbeitsseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
Unfallsdatum	Tag	Monat	Jahr
	11.	Februar	2024
	Zeit (Stunden/Minuten)		12:30

Hinweise für die/den Verletzte/n

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt/die Ärztin auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt/die Ärztin schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor. (siehe Kasten unten links).

Arztwechsel: Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Die notwendigen Reise- und Transportkosten – z.B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenrechnung Ihr Postkonto oder Bank-Konto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragungen des Arztes/der Ärztin

Datum und Zeit des nächsten Besuchs	Datum des erfolgten Besuchs	Arbeitsunfähigkeit (Grad)	Gültig ab	Unterschrift des Arztes/der Ärztin	Datum und Zeit des nächsten Besuchs	Datum des erfolgten Besuchs	Arbeitsunfähigkeit (Grad)	Gültig ab	Unterschrift des Arztes/der Ärztin
12.2.24	15.2.24	100%	12.2.24	[REDACTED]	18.2.24				
13.2.24	15.2.24	100%	12.2.24	[REDACTED]					
20.2.24	20.2.24	100%	12.2.24	[REDACTED]					
5.3.24	5.3.24	100%	12.2.24	[REDACTED]					
18.3.24	19.3.	100%	12.2.24	[REDACTED]					
		50%	25.3.	[REDACTED]					
		100%	28.3.	[REDACTED]					
16.4.24	16.4.24	100%	28.3.	[REDACTED]					
7.5.24	7.5.24	100%	28.3.	[REDACTED]					
24.5.24	24.5.24	100%	28.3.	[REDACTED]					
14.6.24	14.6.24	100%	28.3.24	[REDACTED]					
18.2.24	18.2.24	100%	28.3.24	[REDACTED]					
Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit/Einsatzfähigkeit					Die ärztliche Behandlung endigte am				
1)	% d.h.	Std./Tag/zu	%		Medikamentenbezogene(n) Name und Adresse				
2)	% d.h.	Std./Tag/zu	%		[REDACTED]				
3)	% d.h.	Std./Tag/zu	%		Stempel des Arztes/der Ärztin				

Geht an: Verletzte/r > Betrieb > Versicherung