

Unfallmeldung

Verunfallte Person

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
Telefon
Email
Nationalität/en
Zivilstand
AHV-Nr. 756.
Geschlecht männlich weiblich
Kinder ja nein Anzahl
Sind Sie
quellensteuerpflichtig? ja nein
Sprache Deutsch Französisch
Italienisch Englisch

Anstellung

Datum der Anstellung
Ausgeübter Beruf
Stellung im Beruf
(Angestellte:r / Kader)
Üblicher Arbeitsplatz

Arbeitsverhältnis

Unbefristeter Vertrag ja nein
Befristeter Vertrag bis
Arbeitsverhältnis gekündigt per
Arbeitszeit (Stunden je Woche)
Übliche Arbeitszeit im Betrieb (Stunden je Woche)
Beschäftigungsgrad (in %)
Arbeitseinsatz (regelmässig, unregelmässig)

Unfalldatum

Tag / Monat / Jahr
Zeit

Unfallort

Ort (Name oder PLZ)
Stelle (z. B. Werkstatt /
Strasse)

Sachverhalt

Unfallbeschreibung
(beteiligte Gegenstände,
Fahrzeuge)

Beteiligte Personen

Besteht ein
Polizeirapport? ja nein

Nichtbetriebsunfall

Bis wann haben Sie vor
dem Unfall gearbeitet? Datum Zeit

Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen

Arbeit ausgesetzt ab Datum Zeit

Voraussichtliche Dauer
der Arbeitsunfähigkeit:
mehr als 1 Monat ja nein

Arbeit wurde wieder
aufgenommen am Datum

Arbeitswiederaufnahme Prozent

Verletzung

Betroffener Körperteil
Körperseite
Art der Schädigung

Arzt-/Ärztinnenadresse

Titel / Fachrichtung / Spital
Name, Vorname
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
Nachbehandelnde:r
Arzt/Ärztin

Diverses

Haben Sie bereits
Anspruch auf andere
Taggelder oder Renten?

Bemerkungen