

<b>Unfallmeldung UVG</b>		<b>Unfall Berufskrankheit</b>	<b>Zahnschaden Rückfall</b>	<b>Police- / Betriebs-Nr.</b>			
				<b>Unfall-Nummer</b> (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)			
<b>1. Arbeitgeber</b>		<b>Korrespondenzadresse</b>		Telefon / Fax		Zuständige Person / E-mail direkt	
Telefonnummer		IC Unicon AG Kägenstr. 17 Postfach 4153 Reinach 1		061 716 90 90 061 716 90 89			
				Bankverbindung:		KtoNr	
						BankPC Clearing PC (VN)	
<b>2. Verletzte/r</b> (Vorname / Name / Adresse)			Geburtsdatum	Zivilstand	Heimatort (nur im Todesfall)		
			Nationalität	AHV-Nummer	Kinder bis 20 od. in Ausbildung bis 25 J. Anzahl <input type="checkbox"/> keine		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		<input type="radio"/> gelernt <input type="radio"/> angelehrt <input type="radio"/> ungelehrt <input type="radio"/> Lehrling		
<b>4. Unfalldatum</b>				Zeit			
<b>5. Unfallort</b> Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)							
<b>6. Unfallbeschreibung</b> Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe							
<b>7. Abklärung</b> Wer hat die Abklärung durchgeführt?				Name der Zeugen			
Untersuchung erwünscht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein				Wurden Sie befragt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b> Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)							
<b>9. Verletzung</b> Betroffener Körperteil (links / rechts)				Art der Schädigung			
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b> Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein    Wenn ja, ab wann?				Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="radio"/> ganz <input type="radio"/> teilweise			
<b>11. Arztadressen</b> Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik				Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
<b>12. Arbeitszeit d. Verletzten</b>		Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit		Arbeitseinsatz: <input type="radio"/> unregelmässig <input type="radio"/> Kurzarbeit	
<b>13. Lohn</b>		CHF pro		Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn	Grundlohn (brutto)						
	Teuerungszulage						
	Akkord / Provision						
	Kinder-/Familienzulagen						
	Ferien-/Feiertagsentschädigung	% od.					
	Andere Lohnzulagen (Inkonvenienzen)	% od.					
	Gratifikation/13. Monatslohn						
Naturallohn	Art						
<b>14. Sonderfälle</b> <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Saisonnier							
Weiterer Arbeitgeber:							
<b>15. Andere Versicherer</b> Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters-/Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?							

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Zuständige Geschäftsstelle:

Telefon  
Fax

# Apothekerschein UVG

Unfall-Nummer

Bitte hier vermerken

<b>Arbeitgeber</b>	Telefonnummer	Police- / Betriebs-Nr.	
<b>Verletzter/r</b> (Vorname / Name)	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
<b>Unfalldatum</b> <span style="float:right">Zeit</span>			

## Hinweis für den Verletzten

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilungskosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben. Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Unfall-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

## Hinweis 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 Unfall-Nummer auf den Apothekerschein.

## Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die oben aufgeführte Adresse.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Unfall-Nummer bei der Versicherung verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke: \_\_\_\_\_

<b>3</b>	Code	
----------	------	--

Postcheck-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr. oder Suva-Nr.
Abrechnung über OFAC?

Geht an: **Verletzter → Apotheke → Gesellschaft**

Zuständige Geschäftsstelle:	Telefon Fax
-----------------------------	----------------

<b>Unfallschein UVG</b>		Unfall-Nummer	
Bitte hier vermerken			
Arbeitgeber	Telefonnummer	Police- / Betriebs-Nr.	
Verletzte/r (Vorname / Name)	Geburtsdatum	Zivilstand	
Anstellung Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten	Kinder bis 20 od. in Ausbildung bis 25 J. Anzahl <input type="checkbox"/> keine
Unfalldatum	Zeit	<input type="radio"/> gelernt <input type="radio"/> angelehrt	<input type="radio"/> ungelernt <input type="radio"/> Lehrling

**Hinweis für den Verletzten**

Wir bitten Sie, die **Unfallnummer** - 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 im Betrieb 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.** Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

**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** 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 Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

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 Postcheck- oder Bank-Konto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

**Eintragungen des Arztes**

Datum und Zeit des nächsten Besuches		Datum des erfolgten Besuches		Arbeitsunfähigkeit Grad		Arbeitsunfähigkeit Gültig ab		Unterschrift des Arztes	
Die ärztliche Behandlung endigte am:						Medikamente bezogen bei: (Name, Adresse der Apotheke)			
Stempel des Arztes									

Geht an: Verletzter → Arbeitgeber → Gesellschaft

<b>Zuständige Geschäftsstelle:</b>	Telefon Fax
------------------------------------	----------------

<b>Arztzeugnis UVG</b>	<b>Unfall-Nummer</b> <small>(wird von der Gesellschaft ausgefüllt)</small>
------------------------	--

<b>Arbeitgeber</b>	Telefonnummer	Police- / Betriebs-Nr.
--------------------	---------------	------------------------

<b>Verletzte/r</b> <small>(Vorname / Name)</small>	Geburtsdatum	Zivilstand	Heimatort (nur im Todesfall)
	Nationalität	AHV-Nummer	<small>Kinder bis 20 od. in Ausbildung bis 25 J.</small> Anzahl <input type="checkbox"/> keine

<b>Anstellung</b>	<small>Datum der Anstellung</small>	<small>Übliche berufliche Tätigkeit</small>	<small>Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten</small>	<input type="radio"/> gelernt <input type="radio"/> angelehrt <input type="radio"/> ungelernt <input type="radio"/> Lehrling
-------------------	-------------------------------------	---	---	---

<b>Unfalldatum</b>	Zeit
--------------------	------

<b>1. Erstbe- handlung</b>	<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>	<small>Zeit</small>	<input type="checkbox"/> während	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde
					<input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten

<b>2. Angaben des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?
---	--

<b>3. Allgemein- zustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)  b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)
----------------------------------	---

<b>4. Befund</b>	          Röntgenbefund:
------------------	--

<b>5. Diagnose</b>	
--------------------	--

<b>6. Kausalität</b>	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? Wenn nein, bitte begründen:
----------------------	--

<b>7. Therapie</b>	a) Was haben Sie bisher veranlasst? _____ b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? _____ c) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Wenn ja, wo?
--------------------	---

<b>8. Arbeitsun- fähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<small>zu</small>	<small>% ab</small>	<small>Voraussichtlich bis</small>
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------	---------------------	------------------------------------

<b>9. Arbeits- aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<small>Teilweise zu</small>	<small>% ab</small>	<small>Voll ab</small>
---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------	------------------------

<b>10. Behand- lungs- abschluss</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<small>am:</small>	<input type="checkbox"/> Nein - voraussichtlich in	<small>Wochen</small>
---	-----------------------------	--------------------	--	-----------------------

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt → Gesellschaft**