Unfallmeldung

**Personalien**

|  |
| --- |
| Name / Vorname  (gemäss Pass oder IDK) |
| Strasse, Hausnummer |
| PLZ / Ort |
| Dienststelle |
| Beruf (Stellenbezeichnung) |

**Angaben zum Unfall**

|  |  |
| --- | --- |
| Art des Unfalls | **Berufsunfall**  Beteiligte Gegenstände:    -------------------------------------------------------------------------------------------  **Nichtberufsunfall**  Vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet:  Datum: Klicken um ein Datum auszuwählen Uhrzeit:  Grund der Absenz: |
| Unfalldauer | **Bagatellunfall**  (max. 3 Tage arbeitsunfähig: Unfalltag+2 anschliessende Tage)  ------------------------------------------------------------------------------------------ **Unfall** (länger als 3 Kalendertage arbeitsunfähig) |
| Schadendatum | Datum: Klicken, um ein Datum auszuwählen Uhrzeit: |
| Arbeitsunfähigkeit | Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt:  Ja  Nein  -------------------------------------------------------------------------------------------  Wenn ja, ab wann?  Datum: Klicken, um ein Datum auszuwählen Uhrzeit: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sachverhalt | Beschreibung des Unfallhergangs: |
| Beteiligte Personen (Name / Adresse): |
| Wurde ein Polizeirapport erstellt?  Ja  Nein |
| Unfallort | PLZ, Ort:    -------------------------------------------------------------------------------------------  Unfallstelle: |
| Hauptverletzung | Betroffener Körperteil:  Links  Rechts  Unbestimmt  -------------------------------------------------------------------------------------------  Art der Schädigung: |
| Verletzung | Betroffener Körperteil:  Links  Rechts  Unbestimmt  -------------------------------------------------------------------------------------------  Art der Schädigung: |
| Arztadressen | Erstbehandelnde/-r Arzt/Ärztin bzw. Spital oder Klinik:    -------------------------------------------------------------------------------------------  Nachbehandelnde/-r Arzt/Ärztin bzw. Spital oder Klinik: |