

Unfallmeldung

Verunfallte Person:

Vorname, Name:

Adresse: Ort, Strasse:

Geb. Datum:

Tel P: _____

Tel G: _____

Tel M: _____

Besteht eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann und für wie lange?

Art der Verletzung:

Betroffenes Körperteil:

Beschreibung des Unfallherganges:

Unfalldatum:

Zeit: _____

Unfallort (Ort, Stelle):

Wann ereignete sich dieser Unfall?

bei der Arbeit

auf dem Arbeitsweg

in der Freizeit

in der Schule

auf dem Schulweg

Genau und vollständige Beschreibung des Unfallherganges:

Wurden innerhalb der letzten 24h vor dem Unfall Alkohol, Medikamente, Drogen oder Chemikalien konsumiert? Ja Nein

Wenn ja, was, wieviel und in welcher Zeitspanne?

Trifft jemanden ein Verschulden am Unfall? Ja Nein

Wenn ja, wen (Name, Vorname, Adresse)?

Worin besteht dieses Verschulden?

Versicherungsgesellschaft / Policen-Nr. des Beteiligten (Unfall-, Schüler-, Haftpflichtversicherung)

Polizei

War die Polizei auf der Unfallstelle? Ja Nein

Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? Durch wen?

Erstbehandelnder Arzt/Spital:

Name, Vorname, Adresse :

Datum:

Weiterbehandelnder Arzt/Spital:

Name, Vorname, Adresse :

Sofern Sie in einem Spital behandelt wurden, war die Behandlung

ambulant

stationär

Zeugen

Name, Vorname:

Adresse: Ort/Strasse:

Weitere Mitteilungen

Erwerbstätigkeit:

angestellt selbständig erwerbend nicht erwerbstätig / Schüler / Student / pensioniert

Pensum der Arbeitszeit?

wöchentlich weniger als 8 Std.

wöchentlich 8 Std. oder mehr

Unfallversicherung durch Arbeitgeber?

Ja

Nein

Beziehen Sie eine Entschädigung von der Arbeitslosenversicherung?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Besteht anderweitig eine Heilungskostendeckung?

Ja

Nein

Name der Gesellschaft

Bemerkungen

Vollmacht

Ich ermächtige die rhenusana, in die medizinischen, amtlichen und UVG-Akten sowie in diejenigen anderer Sozialversicherer (AHV, IV, Militärversicherung, usw.) Einsicht zu nehmen. Zudem bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum:

**Unterschrift der verunfallten Person oder dessen
Gesetzlichen Vertreters (Vater, Mutter, Vormund):**

Dieses Formular wird zur Prüfung eines Regressfalles an unseren Partner Schaden Service Schweiz AG in Zürich weitergeleitet.