



VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG - Rieden 1 - 6390 Stans - 0041 41 619 10 60 - info@insurancezentrum.ch

<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		VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG Rieden 1 6370 Stans		041 619 10 60 041 619 10 65			
				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>Verletzte/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**



<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>	Voraussichtlich bis
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------	---------------------	---------------------

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

<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**