

1. Arbeitgeber	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft		Fax-Nr.	
2. Verletzte/r	Name, Vorname		Zivilstand	
	Adresse		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	Anzahl
	PLZ / Wohnort		AHV-Nummer (11-stellig)	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.		Aufenthaltsbewilligung (A,B,C,F,G,L,N)	
	Mail		Quellensteuerpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	Postcheck /Bankkonto		Krankenkasse	
3. Anstellung	Üblicher Arbeitsplatz (Betriebszweig)	<input type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Verkauf	Datum der Anstellung	
	Ausgeübter Beruf		Arbeitszeit des Verletzten	Stunden je Woche
	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt	Betriebsübl. Arbeitszeit	Stunden je Woche
	Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn	Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> voll
	Arbeitseinsatz	Grad % <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig		
4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	
5. Unfallort	Ort, Stelle (z.B. Werkstatt)			
6. Sachverhalt	Art des Unfalls	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		
	Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Abklärung	Beteiligte Person(en)			
	Polizeirapport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
8. Nicht-berufsunfall	Grund der Absenz	<input type="checkbox"/> bezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> Ferien <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Militär <input type="checkbox"/> unbezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Andere	Letzte Anwesenheit am Arbeitsplatz (Datum und Zeit)	
	9. Verletzung	Betroffener Körperteil	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arzt-adressen	Erste Behandlung			
	Weitere Behandlung			
11. Sonderfälle	Versicherung	<input type="checkbox"/> freiwillige <input type="checkbox"/> Abrede <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter		
	Weitere(r) Arbeitgeber (Name, Adresse)			
12. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit ausgesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, ab wann :	Länger als 1 Monat ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wieder aufgenommen ab	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
13. Lohn		CHF pro	Stunde	Monat
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
	Kinder/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigung (in % oder CHF)			
	Gratifikation / 13. Monatslohn (in % oder CHF)			
Andere Lohnzulagen – Art :				
14. Sozialver-sicherungs-leistungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei : Krankenversicherung, obl. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche	
	Bei elektronischem Versand verzichten die "COURTIERXX" auf handgeschriebene Unterschriften			
Ort und Datum:		Name des Unterzeichners:	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:	

Erstes Arztzeugnis UVG

1. Arbeitgeber	Name			Schaden-Nummer	
	Adresse			Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort			Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft			Fax-Nr.	
2. Verletzte/r	Name, Vorname			Zivilstand	
	Adresse			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	Anzahl
	PLZ / Wohnort				
	Geburtsdatum			AHV-Nummer (11-stellig)	
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.				
Mail					
3. Anstellung	Üblicher Arbeitsplatz <small>(Betriebszweig)</small>	<input type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Verkauf		Datum der Anstellung	
	Ausgeübter Beruf			Arbeitszeit des Verletzten	Stunden je Woche
	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt		Betriebsübl. Arbeitszeit	Stunden je Woche
	Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn			
	Arbeitseinsatz	Grad	%	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	Arbeitslosigkeit
4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)		
5. Erst- behandlung	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)		
	Ort	<input type="checkbox"/> am Unfallort <input type="checkbox"/> In der Wohnung des Patienten			
6. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden				
	Rückfall ?				
7. Allgemein- zustand	Besondere Wahrnehmungen				
	Rückfall ?				
8. Befund	Allgemein				
	Röntgenbefund				
9. Diagnose	Diagnose				
10. Kausalität	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Wenn nein, bitte begründen				
11. Therapie	Art der Behandlung				
	Besondere Massnahmen				
	Einweisung ins Spital	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wo?:			
12. Arbeits- unfähigkeit	Arbeit ausgesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja: % ab:	voraussichtlich bis:	
	Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja: % ab:		
13. Behandlung	Abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja am: <input type="checkbox"/> nein voraussichtlich in		Wochen	
Ort und Datum:		Stempel und Unterschrift des Arztes:			

Apothekerschein UVG

1. Arbeitgeber	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft		Fax-Nr.	

2. Verletzte/r	Name, Vorname			
	Adresse			
	PLZ / Wohnort			
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			
	Mail			

4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	
------------------	--------------------	--	--------------	--

Hinweise für die verletzte Person

Hat die "Versicherungsgesellschaft" die Übernahme der Heilkosten zugesichert, werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente wollen Sie von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Die "Versicherungsgesellschaft" gibt der versicherten Person eine Übernahme der Behandlungskosten bekannt. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	CHF
Bitte Rezepte beilegen		TOTAL

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die "Versicherungsgesellschaft".

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der "Versicherungsgesellschaft" verlangen, wenn

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

Datum	
Postcheck / Bank – Kontonummer	
OFAC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stempel der Apotheke	

Unfallschein UVG

1. Arbeitgeber	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Mail		Fax-Nr.	

2. Verletzte/r	Name, Vorname			
	Adresse			
	PLZ / Wohnort			
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			
	Mail			

4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)		
------------------	--------------------	--	--------------	--	--

Hinweise für die verletzte Person

Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen. Nach Abschluss der Behandlung übergeben Sie bitte diesen Schein Ihrem Arbeitgeber. Er wird darauf das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit eintragen und ihn unverzüglich der Agentur der "Versicherungsgesellschaft" übermitteln.

Sollte die Arbeitsunfähigkeit mehr als einen Monat dauern, ist eine Kopie des vorliegenden Scheins am Ende jedes Monats der Agentur der "Versicherungsgesellschaft" zuzustellen.

Arztwechsel: Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der "Versicherungsgesellschaft" in Verbindung setzen.

Spitalbehandlung: Als obligatorische Unfallversicherung übernimmt die "Versicherungsgesellschaft" die Kosten der allgemeinen Abteilung, unter Vorbehalt der Deckung einer Zusatzversicherung. Einen Anteil an die Pensionskosten gemäss Art. 27 UVV wird bei den Patienten ohne Kinder und ohne Deckung einer UVG-Zusatzversicherung erhoben (max. CHF 20.- für Alleinstehende, max. CHF 10.- für Verheiratete).

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem 3. Tag nach dem Unfall. Unter Vorbehalt der Deckung einer allfälligen UVG-Zusatzversicherung beträgt das Taggeld 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jeder versicherten Person bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

Reise- und Transportkosten: Die notwendigen Reise- und Transportkosten werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel).

	Konsultationen Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	Nächste	erfolgte	%	ab	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
Die ärztliche Behandlung endete am :					
Stempel des Arztes					