

Bagatellunfall-Meldung UVG

Bitte mit Blockschrift ausfüllen

Unfallnummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertragsnummer 12620906	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) Opfiker Park		
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV Nummer	
		29.10.1979		
	St.	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
			Italien	<input checked="" type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	
		ledig	Anzahl <input checked="" type="checkbox"/> keine	
3. Anstellung	Datum der Anstellung			
	1.3.17 - 30.4.17			
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche			
4. Ereignisdatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
	15.	05.	2007	ca. 22:15h abends
5. Unfallort/-stelle	Berufsunfälle			
	<input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Bar/ Buffet <input type="checkbox"/> Zimmer/ Etage <input type="checkbox"/> Anlieferung	<input type="checkbox"/> Garten (Gartenarbeit) <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Gaststube/ Saal/ Terrasse <input type="checkbox"/> Office		
	<input type="checkbox"/> Lingerie <input type="checkbox"/> Auslieferung <input type="checkbox"/> Parkplätze/ Garage <input type="checkbox"/> Übrige Betriebsräume			
	<input type="checkbox"/> Andere Unfallstelle, welche?			
	Nichtberufsunfälle <input checked="" type="checkbox"/> Unfallstelle?	bei einem Bekannten zu Hause		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Wurde angeschossen			
	Polizeireport wurde aufgenommen, der Schütze ist dort festgehalten			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/ die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
	bis: Grund der Absenz:			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:			
	Oberschenkel rechts Gesicht			
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
	linkes Auge wurde zerstört			
10. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/ Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/ Klinik		
	Universitätsspital Zürich	Universitätsspital - Rhododend		

Hinweis für

Diese Bagatell

höchstens 3 K

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist eine weisse Formulargarnitur auszufüllen bei

- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche bereits bezahlter Rechnungen bitten wir Sie, die Belege beizulegen. Bitte geben Sie uns die Zahladresse des Versicherten an mit IBAN der Bank oder Postkonto.

Geht an: