

Falldossier-Nr.: \_\_\_\_\_ Unfalldatum/-zeit: \_\_\_\_\_

## VERSICHERUNGSNEHMER

Name \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Telefon / Fax \_\_\_\_\_

## VERSICHERTER

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich  
 Vorname \_\_\_\_\_ AHV- /SV-Nr. \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
 Zivilstand \_\_\_\_\_

## ANSTELLUNG

Datum der Anstellung \_\_\_\_\_ Jetziger Beruf \_\_\_\_\_  
 Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ % Verhältnis \_\_\_\_\_  
 Vollarbeitszeit des Patienten \_\_\_\_\_ h/Woche Stellung \_\_\_\_\_  
 Betriebsübliche Vollarbeitszeit \_\_\_\_\_ h/Woche Arbeitseinsatz \_\_\_\_\_

## HINWEISE FÜR DIE / DEN VERLETZTE / N

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt / die Ärztin auf dem Unfallschein eingetragen. **Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten**, es sei denn, der Arzt / die Ärztin schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

**Arztwechsel.** Melden Sie einen allfälligen Arztwechsel unverzüglich Ihrer Versicherung.

Die notwendigen Reise- und Transportkosten – z.B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. **Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen oder sofern ein Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich sein sollte, ist der Rotkreuzfahrtdienst anzufragen.** Bitte auf Spesenrechnung Ihre Kontoverbindung (IBAN-Nr.) angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

## EINTRAGUNGEN DES ARZTES

Konsultation vom	Grad	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100 %	Arbeitsunfähigkeit	Unterschrift Arzt/Ärztin
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	
	% d.h.	h/Tag zu	% von bis	

Die ärztliche Behandlung endete am \_\_\_\_\_

## BEMERKUNGEN

---



---



---



---

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_