

* **Unfall** > mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Kalendertagen, inkl. Unfalltag

* **Bagatellunfall** > ohne Arbeitsunfähigkeit oder bis max. 3 Tage

Unfallmeldung UVG

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Bagatellunfall* Unfall* Zahnschaden Rückfall | |
| 2. Verletzte/r | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | | Geburtsdatum | SV-Nr. (756.xxxx.xxxx.xx) |
| | | | Staatsangehörigkeit | Zivilstand |
| | Telefon / Mobile | | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre | |
| E-Mail: Privat oder Geschäft | | Anzahl: keine | | |
| 3. Anstellung | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf | Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig) | |
| | Stellung: | Höheres Kader Angestellte/r / Arbeiter/in Lernende/r | Mittleres Kader Praktikant/in | Verhältnis: unbefristeter Arbeitsvertrag befristeter Arbeitsvertrag Arbeitsverhältnis gekündigt |
| | Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: | unregelmässig regelmässig | Kurzarbeit | Betriebsübliche Arbeitszeit bei 100% Arbeitspensum in % / Beschäftigungsgrad: |
| | Körperliche Belastung bei der Arbeit: | <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend | | Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg? kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten |
| 4. Unfall-datum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std:Min) |
| 5. Unfallort | Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)? | | | |
| 6. Unfallbe-schreibung | Detaillierte Beschreibung: Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe | | | |
| 7. Abklärung | Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 8. Nicht-berufsunfall | Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? | | | |
| 9. Verletzung | Betroffener Körperteil: Art der Schädigung: | | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt beidseitig | |
| 10. Arbeitsun-fähigkeit | Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Wenn ja, ab wann? Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat | |
| 11. Arzt-Adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik inkl. Adresse | | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik | |
| 12. Weitere Arbeitgeber | | | | |
| 13. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen | Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo? | | | |

→ Bitte ergänze dein Departement im Mailbetreff und sende die Unfallmeldung an: Ticket-Unfall-Korrespondenz@sg.ch

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="button" value="Senden"/> | <input type="text" value="An..."/> <input type="checkbox"/> Ticket-Unfall-Korrespondenz FD-PA-HR-SuS |
| <input type="text" value="Cc..."/> | |
| <input type="text" value="Betreff"/> | FD <-Departement |
| <input type="text" value="Angefügt"/> | Muster Unfallmeldung.pdf 2 MB |

Bei einer Arbeitsunfähigkeit bitte Arztzeugnis mit mailen