



* **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)
	Telefon / Mobile		Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	E-Mail: Privat oder Geschäft		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: keine	
			Geschlecht weiblich männlich	
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-berufs-unfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
	Art der Schädigung:		<input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> beidseitig	
10. Arbeits-unfähigkeit	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		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? ganz teilweise	
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

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

Bei einer Arbeitsunfähigkeit bitte Arztzeugnis mit mailen