

Krankenkasse Wädenswil
Industriestrasse 15
8820 Wädenswil
Tel.: 043 477 71 71 / Fax.: 043 477 71 72
Mail: info@kkwaedenswil.ch



UNFALLMELDUNG

Damit wir das Recht auf Leistungen für die Folgen des nachstehenden Unfalls umgehend abklären können, bitten wir Sie, uns das beiliegende Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurückzusenden.

1. Name und Vorname des Verletzten:		2. Geburtsdatum:	3. Versicherungsnummer:	
4. Tel. Privat:	5. Tel. Geschäft:	6. E-Mail Adresse:		
7. Unfalldatum:	8. Zeit:	9. Unfallort:		
10. Zeugen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11. Wenn Ja, Name und Adresse:			
12. Präzise Beschreibung des Unfallhergangs: Wenn Sie eine Skizze erstellen möchten, bitten wir Sie, diese auf der Rückseite dieses Dokumentes zu zeichnen.				
.....				
.....				
.....				
13. Verletzte Körperteile:		14. Art der Verletzung:		
15. Name des erstbehandelnden Arztes, Spitals, Zahnarzt:		16. Erste Hilfe von:	17. Fortsetzung der Behandlung bei:	
18. Sind weitere Behandlungen vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		19. Falls Ja, Datum der nächsten Konsultation:		
20. Erlitten Sie einen Zahnschaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		21. Wurde ein Polizeibericht erstellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	22. Wurde ein Unfallprotokoll aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn Ja, bitte beilegen)	
23. Name und Adresse des behandelnden Zahnarztes:		24. Wurde eine Klage eingereicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, Wo?		
25. Verfügen Sie über eine weitere Unfallversicherung (z.B. UVG, Zusatzversicherung, SUVA, IV, Militärversicherung, <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Privatversicherung, Schulerversicherungen, Sportclub, Insassenversicherung oder anderen Krankenkassen)?				
26. Wenn Ja, geben Sie uns die Police Nr., Unfall-Nr. und die Adresse dieser Versicherung an:			27. Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28. Waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalls: <input type="checkbox"/> Schüler/Kind <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> ohne berufliche Aktivität <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> im Militärdienst <input type="checkbox"/> Selbstständig erwerbend <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Hausfrau				
29. Falls Sie angestellt waren, Name und Adresse des Arbeitgebers:				
.....				
30. Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche : <input type="checkbox"/> weniger als 8 Stunden <input type="checkbox"/> 8 Stunden und mehr				
31. Nur auszufüllen, falls Sie keine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben oder falls Sie arbeitslos waren: Wo und wann haben Sie zum letzten Mal gearbeitet?				
Haben Sie während Ihrer Arbeitslosigkeit, Arbeitslosenentschädigung bezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein vom bis				
32. Arbeitsunfähigkeit vom bis				
33. Ist eine Drittperson für diesen Unfall verantwortlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn Ja: Name und Adresse derselben:				
Kontrollschild-Nr. des Fahrzeuges:				
Name und Adresse der Haftpflichtversicherung:				
34. Ort und Datum:		35. Unterschrift der versicherten Person oder seines gesetzlichen Vertreters		
Eventuelle Bemerkungen auf der Rückseite				