

Unfallmeldung für Schülerinnen und Schüler

Generalagentur _____ Nr. _____ Heilungskosten: versichert nicht versichert
 in Ergänzung zur Krankenkasse versichert

Police-Nr. _____

**Versicherungs-
nehmer / in**

Name und Adresse _____
Sachbearbeiter / in _____ Telefon _____

**Verletzte
Person**

Name und Vorname des Schülers _____
Adresse _____
Geburtsdatum _____
Name und Vorname des Inhabers der elterlichen Gewalt _____
Klasse / Name des Lehrers / Lehrerin / Schulhaus _____

**Unfall-
datum**

Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Zeit _____
Schulbeginn / Zeit _____ Schulende / Zeit _____

1. Ort und Hergang des Unfalles

(Stichworte):

Schulstunde / Pause / Turnen und Skifahren
(unter Überwachung der Lehrerin / des Lehrers) /
direkter Schulweg / von der Schule organisierte
Veranstaltungen / Lager

**2. Welcher Körperteil (links / rechts)
wurde verletzt?**

3. Art der Schädigung

**4. Name und Adresse des Arztes /
Zahnarztes**

5. Zeitpunkt der 1. Behandlung

6. Spitalbehandlung (Adresse des Spitals)

**7. Anderweitige Unfallversicherung der / des
Verunfallten?**

ja Policen-Nr. _____ Gesellschaft _____
 nein

**8. Krankenkasse
Mitglied Nr.**

**9. a Am Unfall Mitbeteiligte / r
(Name und Adresse)**

**b Name und Vorname des Inhabers der
elterlichen Gewalt**

**c Haftpflichtversicherung der / des
Mitbeteiligten?**

ja Policen-Nr. _____ Gesellschaft _____
 nein

- Bei Verkehrsunfällen Kontrollschild-Nr.
der / des Beteiligten

Autos _____ Mofas _____ Velos _____

- Durch welche Polizeidienststelle
erfolgte ein Rapport?

10. Sonstige Bemerkungen zum Unfall

11. Beilagen

PLZ, Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
(Meldestelle: Schule / Amtsstelle usw.)

Arztzeugnis zur Unfallmeldung für Schülerinnen und Schüler

Generalagentur _____ Nr. _____ Heilungskosten: versichert nicht versichert
 in Ergänzung zur Krankenkasse versichert

Police-Nr. _____

**Versicherungs-
nehmer / in**

Name und Adresse _____

Sachbearbeiter / in _____ Telefon _____

**Verletzte
Person**

Name und Vorname des Schülers _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Name und Vorname des Inhabers der elterlichen Gewalt _____

Klasse / Name des Lehrers / Lehrerin / Schulhaus _____

**Unfall-
datum**

Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Zeit _____

Schulbeginn / Zeit _____ Schulende / Zeit _____

**1. Erst-
behandlung**

Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Zeit _____

während Sprechstunde ausserhalb Sprechstunde am Unfallort in der Wohnung des Patienten

**2. Angaben des
Patienten**

Unfallhergang und Beschwerden; Rückfall?

**3. Allgemein-
zustand**

Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Drogen usw.)

Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)

4. Befund

Röntgenbefund

5. Diagnose

6. Kausalität

Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?

ja nein Wenn nein, bitte begründen _____

7. Therapie

Was haben Sie bisher veranlasst?

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

Ist der Patient hospitalisiert?

ja nein Wenn ja, wo? _____

8. Schulbesuch

ja am _____ nein voraussichtlich in _____ Wochen

**9. Behandlungs-
abschluss**

ja am _____ nein voraussichtlich in _____ Wochen

PLZ, Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes