

# 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