CSS Versicherung AG
c/o Suva
Abt. Versicherungsleistungen, Bereich Services
Postfach 4358
6002 Luzern

Telefon 058 277 24 25, Fax 058 277 24 45

Unfallschein UVG

Schadennummer:

Schadendatum/-zeit:

Arbeitgeber: Telefon:

Fax:

Verletzte/r: Geschlecht: Telefon:

AHV-/SV-Nr.:

Geburtsdatum:

Nationalität: CH Zivilstand:

Anstellung: Datum der Anstellung: Jetziger Beruf:

Beschäftigungsgrad: % Verhältnis:

Vollarbeitszeit des Patienten: h/Woche Stellung:

Betriebsübliche Vollarbeitszeit: h/Woche Arbeitseinsatz:

Hinweise für die/den Verletzte/n

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt/die Ärztin auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt/die Ärztin schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Arztwechsel. Melden Sie einen allfälligen Arztwechsel unverzüglich Ihrer Versicherung.

Die notwendigen Reise- und Transportkosten - z.B. zum nächsten Arzt/ Spital - werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenrechnung Ihr Postkonto oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragungen des Arztes

	Datum der Konsultation	Grad	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%				Arbeitsunfähigkeit von - bis	Unterschrift Arzt/Ärztin
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	
X		%	d.h.	h/Tag	zu	%	-	

Die ärztliche Behandlung endete am:

Bemerkungen:

Datum: Arzt/Ärztin:

Unterschrift: _____ GLN: ZSR: Tel.:

bei elektronischer Einsendung unnötig