

Unfallmeldung

Arbeitgeber

Mitarbeiter

Name

Vorname

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Strasse & Nr.

Plz. & Ort

Unfallmeldung

BU/NBU

Unfallort

Datum

Uhrzeit

Hat eine Drittperson den Unfall verursacht?

Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Betroffener Körperteil

 rechts links

Beschreibung Verletzung

Letzter Arbeitseinsatz vor Unfall (Datum)

Uhrzeit des letzten Arbeitseinsatzes (Start)

Erstbehandelnder Arzt inkl. Adresse

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

Formular drucken