

Unfallmeldung für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Universitätsspitals Zürich

Wenn immer möglich benutzen Sie bitte das [Online Formular](#)

Angaben zur verunfallten Person		
Name, Vorname	Klink / Abteilung	Funktion / Tätigkeit
Geburtsdatum:	AHV-Nr.: 756	Telefon (intern):
Privatadresse	Arbeitszeiten <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig / Schicht	
Wann ereignete sich der Unfall?		
<input type="checkbox"/> Während Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> ausserhalb Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> auf dem Arbeitsweg
Datum:	Wochentag:	Genauere Uhrzeit:
Wo ereignete sich der Unfall?		
Trakt:	Etage:	Raum: anderswo:
Raumfunktion: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> Bettenstation <input type="checkbox"/> Therapieraum <input type="checkbox"/> Toilette / Bad <input type="checkbox"/> Therapiebad <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Korridor <input type="checkbox"/> Treppe <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Magazin/ Lager/Archiv <input type="checkbox"/> Aussenbereich <input type="checkbox"/> anderes:		
Angaben zum Unfall		
Tätigkeit zurzeit des Unfalls (wobei)?:		
<input type="checkbox"/> Untersuch, Behandlung, Pflege Mensch	<input type="checkbox"/> Fahren auf Beförderungsmitteln	
<input type="checkbox"/> Untersuch, Behandlung, Pflege Tier	<input type="checkbox"/> Schieben, Stossen von Handfahrzeugen	
<input type="checkbox"/> Operieren	<input type="checkbox"/> Entsorgen	
<input type="checkbox"/> Umgang mit ausfälligen/agressiven Kunden(Patienten)	<input type="checkbox"/> Verpacken, Auspacken, Abfüllen	
<input type="checkbox"/> Handhabung von Lasten (Patienten)	<input type="checkbox"/> Auf- und Abladen	
<input type="checkbox"/> Reinigen von Räumen, Verkehrswegen, Plätzen	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit maschinellen Einrichtungen	
<input type="checkbox"/> Umhergehen/-stehen, Ein-,Aus-,Absteigen	<input type="checkbox"/> anderes:	
Genauer Hergang des Unfalls (wie, wodurch, womit wurde der Unfall verursacht?)		
Betroffener Körperteil		
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Nacken / Schulter	<input type="checkbox"/> Gesäss <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Hand / Finger
<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Rücken / Rumpf	<input type="checkbox"/> Bein <input type="checkbox"/> Fuss <input type="checkbox"/> anderes:
Art der Schädigung / Verletzung		
Unfallbewältigung / Zusatzangaben für Versicherung		
Gab es Unfallabklärungen durch Drittpersonen? Falls ja, Wer hat diese durchgeführt?	Name der Zeugen: Polizeirapport: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden die Zeugen befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie die Arbeit infolge Unfall ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ab wann? (Datum, Zeit)	Bis wann? (Datum, Zeit)
Erstbehandelnde/r Ärztin / Arzt / Spital	Nachbehandelnde/r Ärztin / Arzt / Spital	
Weitere Arbeitgeber:		
Ort, Datum	Unterschrift der/ des Verunfallten	→ Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte Formular an: Universitätsspital Zürich HRM Fachstelle Lohn Rämistrasse 100 8091 Zürich E-Mail: lohn@usz.ch

- Nach Abgabe dieser Unfallmeldung erhalten Sie innerhalb einiger Tage die nötigen Unterlagen für den Arzt.
- Der/Die Unterzeichnete ermächtigt den Arbeitgeber, der Versicherungsgesellschaft die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet ihn zu diesem Zweck von seiner Geheimhaltungspflicht.