

Unfallaufnahme

the experts ag | Flurstrasse 2 | 8045 Zürich

Einsatz-Nr.	
Datum:	
Name:	
Vorname:	
Ereignisdatum- Zeit:	
Datum des Arztbesuches:	
Unfallort (Ort und Stelle):	
Tätigkeit zur Zeit des Unfalls:	
Unfallhergang:	
Betroffenes Körperteil:	
Art der Schädigung:	
Arbeitsunfall:	☐ ja ☐ nein
Erstbehandelnder Arzt/Spital:	
Nachbehandelnder Arzt:	
Bemerkungen:	
Unterschrift Mitarbeiter/in	

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben aufgeführten Angaben.