Krankheitsmeldung KTG

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Krankheit | Mutterschaft | | | | | Unfall/Berufskrankheit | | | | | | | | | Rückfall | |
| Versicherungsgesellschaft | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Policen-Nummer | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Schaden-Nummer | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Versicherungsnehmer | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname / Firma | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ansprechpartner | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Strasse und Ort | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  | | | | E-Mail | | |  | | | | | | |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | | | Bankname und Nummer | | | | | | | | | | | | | |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | | | Ja | | | | Nein | | | | | | | | | |
| Erkrankte Person | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Strasse und Ort | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  | | | | E-Mail | | |  | | | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | |  | | | | Zivilstand | | |  | | | | | | |
| Aufenthaltsbewilligung | | | A | | | B | C | | | Andere | | |  | | | |
| Geburtsdatum | | |  | | | | Geschlecht | | |  | | | | | | |
| AHV-Nummer (11 stellig) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Anstellung | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum der Anstellung | | |  | | | | Ausgeübter Beruf | | | |  | | | | | |
| Verhältnis | | | Unbefristet | | | | Befristet | | | Gekündigt per | | | | | |  |
| Stellung | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Höheres Kader | | Mittleres Kader | | | | | Angestellte/r / Arbeiter/in | | | | | | | | | |
| Lernende/r | | Praktikant/in | | | | | Als | |  | | | | | | | |
| Prozentuale Aufteilung | | | |  | % stehend | |  | % wechselnd | | | |  | | % sitzend | | |
| Körperliche Belastung | | | |  | Schwer | |  | Mittel | | | |  | | Leicht | | |
| Belastet die Tätigkeit | | | |  | Rücken | |  | Schultern | | | |  | | Keine Belastung von Rücken und/oder Schulter | | |
| Müssen regelmässig Gewichte über 10 kg gehoben werden | | | |  | Nein | |  | Ja | | | | Ca. | | mal pro Tag | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Krankheitsdaten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beginn der Arbeitsunfähigkeit | | |  | | | | | Voraussichtliche Dauer | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ursache | | |  | | Krankheit | | |  | | Mutterschaft | | | | | | |  | | | Unfall Berufskrankheit | | | | | |
| Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten | | |  | | Nein | | |  | | Ja | | | | | Wann | | | | |  | | | | | |
| Art des Leidens | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arztadressen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erstbehandelnder Arzt bzw.  Spital/Klinik | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nachbehandelnder Arzt bzw.  Spital/Klinik | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krankheitsbedingte Absenzen während der letzten 12 Monate | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bis 1 Woche |  | mal | | Bis 2 Wochen | | | | |  | mal | | | Länger als 2 Wochen | | | | | | | | | |  | mal | |
| Bemerkungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sind Ferien im Ausland geplant | | |  | | Nein | | |  | | Ja | | | Von – bis | | | | | | |  | | | | | |
| Lohndaten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die versicherte Person hat die Arbeit verlassen | | | | am | | | um | | |  | | | | Uhr | | | | | | | | | | | |
| Die versicherte Person hat die Arbeit wieder aufgenommen | | | | Teilweise zu | |  | % | | | | am |  | | | | | | | | um |  | | | | Uhr |
| Arbeitszeit des/der Verletzten  je Woche | | | | Stunden je Woche | | | | | | |  | | | | | | | Unregelmässig | | | | | | | |
| Tage je Woche | | | | | | |  | | | | | | | Unregelmässig | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | Kurzarbeit | | | | | | | |
| Betriebsübliche Vollarbeitszeit | | | |  | | | | | | | Stunden je Woche | | | | | | | |  | | | | | | |
| Lohn | | | | | | CHF pro | | | | | Stunde | | | | | Monat | | | | | | Jahr | | | |
| Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Kinder-/Familienzulagen | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Ferien-/Feiertagsentschädigung | | | | | | % oder | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Gratifikation/13.Monatslohn (und weitere) | | | | | | % oder | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/ Schichtzulage) | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Bezeichnung | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andere Sozialversicherungsleistungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wenn ja, welche | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der obligatorischen  Krankenversicherung | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|  |
| Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Stempel und  Unterschrift |  |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an [broker@schreibermaronsprenger.li](mailto:broker@schreibermaronsprenger.li) oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.