

Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in		
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____			
4. Schaden-datum	Tag Monat Jahr Zeit (Stunden:Minuten)		
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt Art der Schädigung: _____		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von **höchstens 3 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist eine weisse Formulargarnitur auszufüllen bei

- Berufskrankheit,
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Dem zugezogenen Arzt bzw. den Ärzten werden wir ein Rechnungsformular zustellen.

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben.

Arztschein UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname Strasse PLZ Wohnort	Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Zivilstand	Staatsangehörigkeit
		Weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____		
4. Schaden-datum	Tag Monat Jahr Zeit (Stunden:Minuten)		
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt Art der Schädigung: _____		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Eintragungen des Arztes

Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Artzrechnung

A. Leistungen nach Tarif			B. Medikamente und Verbandsmaterial	
Datum	Tarif-ziffer	Tax-punkte	Art und Menge	Preis
			Total B	
			Total A	
			Total A + B	

Taxpunkt-wert	X	CHF
---------------	---	-----

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, vom Arbeitgeber ein Formular «Arztzeugnis» zu verlangen. Der Arztschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Postkonto-Nr. oder Bank und Konto-Nr. _____

Bitte Röntgen-filme beilegen

Total

X

Total A + B

Apothekerschein UVG

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.	
	_____	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse			
	PLZ Wohnort			
Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für die/den Verletzte/n

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für den Apotheker

- Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Schadendatum – an die Versicherung.
- Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn
- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht,
 - nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

3	Code				
----------	------	--	--	--	--

Postkonto-Nr. oder Bank und Konto-Nr.
Bei Abrechnung über OFAC: 35-1