

Schaden-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

| | | | | | |
|--|--|----------------------|--|--|-----------|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Tel.-Nr. | Police-Nr. | |
| | Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig) | | | | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname mit Adresse | | Geburtsdatum | AHV-Nummer (11stellig) | |
| Name und Vorname | | | Nationalität | Heimatort | |
| Strasse | | | Zivilstand | | |
| PLZ/Wohnort | | | | | |
| Telefon/E-Mail | | | | | |
| Post- oder Bankkonto | | | | | |
| Krankenkasse | | | | | |
| 3. Anstellung | Übliche berufliche Tätigkeit | Datum der Anstellung | freiwillig | gelernt | angelernt |
| | | | Versicherte/r | ungelernt | Lehrling |
| 4. Unfalldatum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std., Min.) | |
| 5. Unfallort | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle) | | | | |
| 6. Unfall- beschreibung | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe | | | | |
| 7. Nicht- berufsunfall | Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? | | | | |
| 8. Verletzung | Betroffener Körperteil (links / rechts) | | Art der Schädigung | | |
| 9. Arzt- adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik | | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik | | |
| 10. Arbeitszeit der/ des Verletzten | Tage je Woche | Stunden je Woche | Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden | Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit | |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Kopie für den Arbeitgeber

**Arztschein zu
Bagatellunfall-Meldung UVG**

| |
|----------------|
| Schaden-Nummer |
|----------------|

| | | | |
|------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Police-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig) | | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname mit Adresse | Geburtsdatum | AHV-Nummer (11stellig) |
| Name und Vorname | | Nationalität | Heimatort |
| Strasse | | Zivilstand | |
| PLZ/Wohnort | | | |
| Telefon/E-Mail | | | |
| Post- oder Bankkonto | | | |
| Krankenkasse | | | |
| 3. Anstellung | Übliche berufliche Tätigkeit | Datum der Anstellung | freiwillig Versicherte/r |
| | | | gelernt ungelernt |
| | | | angelernt Lehrling |
| 4. Unfalldatum | Tag Monat Jahr | Zeit (Std., Min.) | |
| 5. Unfallort | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle) | | |
| 6. Unfall- beschreibung | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe | | |
| 7. Nicht- berufsunfall | Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? | | |
| 8. Verletzung | Betroffener Körperteil (links / rechts) | Art der Schädigung | |
| 9. Arzt- adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik | |

Eintragungen des Arztes

Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Arztrechnung

| A. Leistungen nach Tarif | | | | B. Medikamente und Verbandsmaterial | |
|--------------------------|--------------|------------|-------------------|-------------------------------------|-------|
| Datum | Tarif-ziffer | Tax-punkte | Bitte leer lassen | Art und Menge | Preis |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Total B | |

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

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

 Bitte Röntgen-
filme beilegen Total

| |
|--|
| |
|--|

 x

| |
|--|
| |
|--|

| |
|-------------------|
| Taxpunkt- wert |
| Fr. |

 Total A

| |
|--|
| |
|--|

 Total A + B

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--------------------------------|
| PC oder Bank und Bankkonto-Nr. |
|--------------------------------|

Geht an: Erstbehandelnden Arzt ⇒ National Versicherung

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

| | | | |
|--|-----------------------------------|--------------|------------------------|
| Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Police-Nr. |
| Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig) | | | |
| Verletzte/r | Name und Vorname mit Adresse | Geburtsdatum | AHV-Nummer (11stellig) |
| Name und Vorname | | | |
| Strasse | | | |
| PLZ/Wohnort | | | |
| Telefon/E-Mail | | | |
| Post- oder Bankkonto | | | |
| Krankenkasse | | | |
| Unfalldatum | Tag | Monat | Jahr |
| | | | Zeit (Std., Min.) |

Hinweise für die/den Verletzten

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 Unfalldatum - an die National 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 |
|-------------------------------|---------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Bitte Rezepte beilegen | Total | |

Datum

Stempel der Apotheke

PC oder Bank und Bankkonto-Nr.

Abrechnung über OFAC?

Geht an: Verletzte/n ⇒ Apotheke ⇒ National Versicherung