

Bagatellunfall-Meldung UVG

				Unfall-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	Police-Nr.
				Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.	
2. Verletzter	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11 stellig)
	Strasse			Nationalität	Heimatort
	PLZ	Wohnort		Zivilstand	Freiwillig Versicherter
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)				
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
7. Nicht-berufsunfall	a) Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?				
	b) Wieviele Stunden arbeitet er pro Woche in diesem Betrieb?				
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)			Art der Schädigung	
9. Arztadressen	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 die Verletzung **keine Arbeitsunfähigkeit** zur Folge hat.

Ausnahme: Liegt – eine Berufskrankheit
 – ein Zahnschaden oder
 – ein Rückfall vor,

so ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine «Unfallmeldung UVG» auszufüllen.

Wird ein zweiter Arzt zugezogen, wo werden wir ihm ein Rechnungsformular zustellen.

Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Arbeitgeber

				Unfall-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	Police-Nr.
				Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.	
2. Verletzter	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11 stellig)
	Strasse			Nationalität	Heimatort
	PLZ	Wohnort		Zivilstand	Freiwillig Versicherter
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)				
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
7. Nicht-berufsunfall	a) Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?				
	b) Wieviele Stunden arbeitet er pro Woche in diesem Betrieb?				
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)			Art der Schädigung	
9. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik			nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

				Unfall-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____			Tel.-Nr.	Police-Nr.
2. Verletzter	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nummer (11 stellig)
	Strasse			Nationalität	Heimatort
	PLZ	Wohnort		Zivilstand	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten	<input type="checkbox"/> gelernt	<input type="checkbox"/> angelernt
				<input type="checkbox"/> ungelernt	<input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)				
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe _____ _____ _____				
7. Nicht-berufsunfall	a) Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			_____	
	b) Wieviele Stunden arbeitet er pro Woche in diesem Betrieb?			_____	
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)			Art der Schädigung	
9. Arztadressen	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 Fr. Rp.					
Total A					Total B					
				X	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">Taxpunkt-wert</td></tr> <tr><td>Fr.</td><td>Rp.</td></tr> </table>		Taxpunkt-wert		Fr.	Rp.
Taxpunkt-wert										
Fr.	Rp.									
				Total A						
				Total A + 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 Versicherung zuzustellen.

Datum _____

Stempel u. Unterschrift des Arztes _____

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr. _____

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

		Unfall-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.

2. Verletzter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11 stellig)
	Strasse	Nationalität	Heimatort
	PLZ Wohnort	Zivilstand	
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
			Zeit (Std., Min.)

Hinweise für 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.

Hinweis für den Apotheker

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

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezept beilegen.		Total	

Datum

Stempel der Apotheke

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.
Abrechnung über OFAC?