

## Bagatellunfall-Meldung UVG

		Direktion	Schaden-Nr.
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.
	Police-Nr.		
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzter / Versicherte</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum
	Strasse		AHV-Nr. (11-stellig)
	Tel.		Heimatort
	PLZ	Wohnort	Zivilstand
	Nationalität		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr
	Zeit (Std., Min.)		ADB Nr. Verletzter
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)		
<b>6. Unfallbeschreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
<b>7. Nichtberufsunfall</b>	Wann hat der Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
<b>8. Verletzung</b>	Betroffene Körperteile (links/rechts)		Art der Schädigung
<b>9. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik
	ADB Nr.		ADB Nr.
<b>10. Arbeitszeit des Verletzten</b>	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden
			Arbeitseinsatz
	<input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		

Der Unterzeichnete ermächtigt die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Verletzten/Versicherten

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

### Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn die Verletzung **keine Arbeitsunfähigkeit** oder ein solche von **höchstens 3 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) zur Folge hat.

Ausnahmen:

Liegt eine Berufskrankheit oder ein Rückfall vor, ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine Unfallmeldung UVG auszufüllen.

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

**Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG**

	Direktion	Schaden-Nr.
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.
		Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzter / Versicherter</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum
	Strasse	AHV-Nr. (11-stellig)
	PLZ	Wohnort
		Tel.
		Heimatort
		Zivilstand
		Nationalität
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit
		<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat
	Jahr	Zeit (Std., Min.)
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)	
<b>6. Unfallbeschreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe	
<b>7. Nichtberufsunfall</b>	Wann hat der Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?	
<b>8. Verletzung</b>	Betroffene Körperteile (links/rechts)	Art der Schädigung
<b>9. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

**Eintragung des Arztes**    Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

**Arztrechnung**

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandmaterial		
Datum	Tarifziffer	Taxpunkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Preis Fr.	Rp.
Bitte Röntgenfilme beilegen    Total				Taxpunktwert Fr.    Rp.	Total A	
x				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 und Unterschrift des Arztes

ADB Nr.

**Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG**

		Direktion	Schaden-Nr.
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
<b>Verletzter / Versicherter</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Strasse		
	PLZ	Wohnort	

<b>Unfalldatum</b>	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.

**Hinweise für den Apotheker**

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die zuständige Direktion. 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	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke \_\_\_\_\_

ADB Nr. \_\_\_\_\_