

Bagatellunfall-Meldung UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
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: Stunde pro Woche _____		
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschinen, 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
		Art der Schädigung		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelter 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).

--

Apothekerschein UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
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

Hinweise für die/den Verletzte/n

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

Hinweise für die/den Verletzte/n

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.

Verletzung	Betroffener Körperteil: _____	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> unbestimmt
	Art der Schädigung: _____			
Arzt-adressen	Erstbehandelter Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
	_____	_____		
	_____	_____		

Rechnung der Apotheke

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

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

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

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