

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

**Bagatellunfall-Meldung UVG  
Doppel für den Arbeitgeber**

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-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 (Unfallbe- schreibung)	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 <b>vor dem Unfall letztmals</b> 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

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

Bitte Röntgen-filme beilegen

Total

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 IBAN-Nr.

<b>Apothekerschein UVG</b>				Schaden-Nummer	
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl  _____	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname  Strasse  PLZ      Wohnort	Geburtsdatum	AHV-Nummer		
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.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Datum: \_\_\_\_\_

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

<b>3</b>	Code				
----------	------	--	--	--	--

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