|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| Bagatellunfall-Meldung UVG | Schaden-Nr.: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
|  | Staatsangehörigkeit |
| Zivilstand |  |
| **3. Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  Praktikant |
| 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, Verdacht auf Berufs-krankheit)** | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, 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 vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?bis **(Wochentag, Datum, Zeit)** Grund der Absenz:  |
| **9. Verletzung** | Betroffener Körperteil | Seite | Art der Schädigung |
| **10. Arztadresse** | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klink |

 Ort und Datum Stempel und Unterschrift

**Hinweis für den Arbeitgeber**

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

Bei folgenden **Ausnahmen ist anstelle dieser Bagatellunfallmeldung** eine Unfallmeldung UVG auszufüllen:

- Berufskrankheit

- Zahnschaden

- Rückfall

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

Geht an: Versicherungsgesellschaft

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bagatellunfall-Meldung UVG**Doppel für den Betrieb** |  | Schaden-Nummer: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
|  | Staatsangehörigkeit |
| Zivilstand |  |
| **3. Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  Praktikant |
| Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche  |
| **4. Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)**asd**  |
| **5. Unfallort** | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) |
| **6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)**Kopie | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, 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 vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?bis **(Wochentag, Datum, Zeit)** Grund der Absenz:  |
| **9. Verletzung** | Betroffener Körperteil | Seite | Art der Schädigung |
| **10. Arztadresse** | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klink |

 Ort und Datum Stempel und Unterschrift

**Hinweis für den Arbeitgeber**

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

Bei folgenden **Ausnahmen ist anstelle dieser Bagatellunfallmeldung** eine Unfallmeldung UVG auszufüllen:

- Berufskrankheit

- Zahnschaden

- Rückfall

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

Geht an: Arbeitgeber

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG | Schaden-Nummer: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **4. Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)**asd**  |

**Eintragung des Arztes**

**Arztrechnung**

|  |
| --- |
| **A. Leistung nach Tarif** |
| Datum | Tarifziffer | Bezugsziffer | Anzahl | Taxpunkte |
| TARMED AL+TL | Labor | Physio |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **Zwischentotal** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **A. Medikamente/Verbrauchsmaterial** |
| Menge | Art | CHF |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  **Total Medikamente/Verbrauchsmaterial** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9. Verletzung** | Betroffener Körperteil | Seite | Art der Schädigung |
| **10. Arztadresse** | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klink |

|  |
| --- |
| **Diagnose** (Verletzter Körperteil und Art der Schädigung |

Behandlung abgeschlossen: 🞎 ja 🞎 nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Unterschrift und Stempel des Arztes

  **CHF**

|  |  |
| --- | --- |
| Total TP TARMED X CHF/TP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | = Total TARMED |
| Total TP TARMED X CHF/TP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | = Total TARMED |
| Total TP TARMED X CHF/TP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | = Total TARMED |
|  **Gesamtbetrag** |  |

Geht an: Arzt/Spital 🡺 Versicherungsgesellschaft

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG | Schaden-Nummer: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr. UVG: Police-Nr. UVG-Z:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Verletzter** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **4. Schaden-datum** | Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)**asd**  |

**Rechnung der Apotheke**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum der Abgabe | Art und Menge | Preis |
|  |  | CHF | Rp. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Bitte Rezepte Beilegen Total** |  |  |

Geht an: Verletzter 🡺 Apotheke 🡺 Versicherungsgesellschaft

**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 den Apotheker**

Senden Sie mir diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die Versicherung.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der Versicherung verlangen, wenn

– der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;

– nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum:

|  |
| --- |
| Stempel der Apotheke: |

|  |
| --- |
| PC: Bank:Kto-Nr.: |