

# Bagatellunfall-Meldung UVG

		Schaden-Nummer	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Ueblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Postleitzahl und Wohnort	Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	
<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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
<b>4. Unfall-datum</b>	Tag    Monat    Jahr    Zeit (Std., Min.)		
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
<b>6. Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
<b>7. Nicht-berufs-unfall</b>	Wann hat die/der Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
<b>8. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>9. 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 die Verletzung **keine Arbeitsunfähigkeit** zur Folge hat.

- Ausnahmen:    Liegt – eine Berufskrankheit,  
                   – ein Zahnschaden oder  
                   – ein Rückfall vor,

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

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

# Bagatellunfall-Meldung UVG

## Doppel für den Arbeitgeber

		Schaden-Nummer	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Postleitzahl und Wohnort	Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	
<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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
<b>4. Unfall-datum</b>	Tag    Monat    Jahr    Zeit (Std., Min.)		
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
<b>6. Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
<b>7. Nicht-berufs-unfall</b>	Wann hat die/der Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
<b>8. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>9. Arzt-Adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

# Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

		Schaden-Nummer	
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Üeblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Postleitzahl und Wohnort	Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	
<b>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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
<b>Unfall-datum</b>	Tag    Monat    Jahr    Zeit (Std., Min.)		
<b>Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
<b>Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
<b>Nicht-berufsunfall</b>	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
<b>Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>Arzt-Adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

## Eintragungen des Arztes Verletzter Körperteil / Art der Schädigung / Diagnose

**Arztrechnung UVG:** Wir bitten Sie, die obenerwähnte Schadennummer auf die Krankengeschichte zu übertragen und auf allen Zuschriften anzugeben.

A. Leistungen nach Tarif							B. Medikamente / Verbrauchsmaterial		
Datum TARMED	Tarifziffer	Bezugsziffer	An-zahl	Taxpunkte			Menge	Art	CHF
				AL + TL	Labor	Physio			
Total Taxpunkte (TP)							Total Medikamente / Verbrauchsmaterial		

Behandlung abgeschlossen? ja  nein

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

Stempel und Unterschrift **des Arztes:**

Total Taxpunkte TARMED x CHF/TP \_\_\_\_\_ = Total TARMED

Total Taxpunkte Analysenliste x CHF/TP \_\_\_\_\_ = Total Labor

Total Taxpunkte Physiotherapietarif x CHF/TP \_\_\_\_\_ = Total

Physio Total Medikamente / Verbrauchsmaterial **Gesamtbetrag**

**Bitte Röntgenfilme nur auf besonderen Wunsch beilegen**

Postkonto \_\_\_\_\_  
 Bank und Bankkonto \_\_\_\_\_

**Geht an: Erstbehandelnden Arzt    Versicherer**

# Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

		Schaden-Nummer	
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Postleitzahl und Wohnort		
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	

<b>Unfall-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
---------------------	-----	-------	------	-------------------

### Hinweise für die verletzte Person

- Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente von der Apotheke ohne Bezahlung abgegeben.
- Alle Medikamente wollen Sie von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch die Apotheke eintragen zu lassen.

### Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/dem Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Senden Sie 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 \_\_\_\_\_

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