

# Bagatellunfall-Meldung UVG

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

## 1. Arbeitgeber

Name:

Bank/Filiale:

Kontaktperson:

Police-Nr.:

Strasse:

Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

PLZ/Ort:

Telefon:

IBAN-Nr.:

## 2. Verletzter/ Versicherter

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

AHV-Nr. (13-stellig):

Strasse:

Heimatort:

weiblich

PLZ/Ort:

Zivilstand:

männlich

Telefon:

Nationalität:

E-Mail:

Sprache:

Bank/Filiale:

IBAN-Nr.:

## 3. Anstellung

Datum der Anstellung:

freiwillig Versicherter

gelernt

angelern

Übliche berufliche Tätigkeit:

selbständig

ungelernt

Lehrling

Erlerner Beruf:

## 4. Unfalldatum

Tag:

Monat:

Jahr:

Zeit (Std./Min.):

## 5. Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)

## 6. Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfalls/Unfallhergang/beteiligte Personen/Maschinen/Geräte/Fahrzeuge/Stoffe:

## 7. Nichtberufsunfall

Mehrere Arbeitgeber? Bei welchem zuletzt gearbeitet vor dem Unfall?

Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim betreffenden Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag/Datum/Zeit)?

## 8. Verletzung

Betroffene Körperteile (links/rechts):

Art der Schädigung:

## 9. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:

## 10. Arbeitszeit des Verletzten

Tage je Woche:

Stunden je Woche:

Betriebsübliche wöchentliche

Arbeitseinsatz:

Arbeitsstunden:

unregelmässig

Kurzarbeit

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

Ort, 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.

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Gesellschaft:  
Schaden-Nr.:

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name:	Police-Nr.:
	Strasse:	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	

<b>2. Verletzter/ Versicherter</b>	Name:	Geburtsdatum:
	Vorname:	AHV-Nr. (13-stellig):
	Strasse:	Heimatort:
	PLZ/Ort:	Zivilstand:
	Telefon:	Nationalität/Sprache:

weiblich  
männlich

<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung:	freiwillig Versicherter	gelernt	angelehrt
	Übliche berufliche Tätigkeit:	selbständig	ungelernt	Lehrling
	Erlerner Beruf:			

**4. Unfalldatum** Tag:      Monat:      Jahr:      Zeit (Std./Min.):

**5. Unfallort** Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle):

**6. Unfallbeschreibung** Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe:

**7. Nichtberufsunfall** Mehrere Arbeitgeber? Bei welchem zuletzt gearbeitet vor dem Unfall?  
Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim betreffenden Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?

**8. Verletzung** Betroffene Körperteile (links/rechts):      Art der Schädigung:

**9. Arztadressen** Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:      Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:

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

**Arztrechnung**

A. Leistungen nach Tarif

Datum	Tarifziffer	Taxpunkte	Bitte leer lassen

B. Medikamente und Verbandmaterial

Art und Menge	Preis CHF	Rp.

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, von Arbenz + Partner AG ein Formular «Arztzeugnis» zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Apothekerschein zu Bagatellunfallmeldung UVG

Gesellschaft:  
Schaden-Nr.:

<b>Arbeitgeber</b>	Name:	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):
	Strasse:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	Police-Nr.:	

<b>Verletzter/ Versicherter</b>	Name:	PLZ/Ort:
	Vorname:	Geburtsdatum:
	Strasse:	AHV-Nr. (13-stellig):

<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 CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum: .....

Stempel der Apotheke: .....