

Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit	
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)			
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit

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 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) zur Folge hat.

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

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

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

Geht an: Bagatellunfall-Meldung UVG → Versicherung
Bagatellunfall-Meldung UVG → Doppel für Ihre Akten
Arztschein → Erstbehandelnden Arzt → Versicherung
Apothekerschein → Verletzter → Apotheke → Versicherung

Bagatellunfall-Meldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit	
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)			
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: **Doppel für Ihre Akten**

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)
	Nationalität	Heimatort
	Zivilstand	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit
4. Unfall-datum	Tag Monat Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)	
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe	
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?	
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)	Art der Schädigung
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

Eintragungen des Arztes Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandmaterial						
Datum	Tarif-ziffer	Tax-punkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Preis Fr.	Rp.				
Total				X	<table border="1"> <tr><td colspan="2">Taxpunkt-wert</td></tr> <tr><td>Fr.</td><td>Rp.</td></tr> </table>		Taxpunkt-wert		Fr.	Rp.
Taxpunkt-wert										
Fr.	Rp.									
Total A				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						
Total A + B				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						

Dauert die Arbeitsunfähigkeit **länger als 3 Kalendertage**, so bitten wir Sie, vom Arbeitgeber eine Formulargarnitur «Unfallmeldung UVG» zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.

Bitte Röntgenfilme nur auf besonderen Wunsch beilegen

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt → Versicherung**

