

Schaden-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Policen-Nr.
	_____		Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)	
	_____		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
2. Verletzte Person	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Oberes Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in Arbeitszeit der verletzten Person: (Stunden je Woche) _____			
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			

Beteiligte Person/en: _____				
Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt				
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die verletzte Person vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
	bis:		Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung: _____			
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
	_____		_____	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

Bitte füllen Sie diese Bagatellunfall-Meldung aus, wenn die verletzte Person nicht oder längstens 3 Kalendertage (Unfalltag und die 2 anschliessenden Tage) arbeitsunfähig ist.

Bei Berufskrankheit, Zahnschaden oder Rückfall füllen Sie bitte eine Schadenmeldung UVG aus (weisses Formular).

Hat die verletzte Person bereits Rechnungen bezahlt? Bitte legen Sie die Belege dieser Bagatellunfall-Meldung bei und geben Sie uns die Zahlungsverbindung (Bank-/Postkonto) bekannt:

--

Schaden-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Policen-Nr.
			Kontaktperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)	
			Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
2. Verletzte Person	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Oberes Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in Arbeitszeit der verletzten Person: (Stunden je Woche) _____			
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			

Beteiligte Person/en: _____				
Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt				
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die verletzte Person vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
	bis:		Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung: _____			
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Schaden-Nummer

Apothekerschein

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Policen-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ Wohnort		
Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr Zeit

Informationen für die verletzte Person

Geben Sie diesen Apothekerschein in der Apotheke ab. Sie erhalten die vom Arzt verordneten Medikamente ohne Bezahlung.

Bitte beziehen Sie alle Medikamente in der gleichen Apotheke.

Informationen für die Apotheke

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung an die ÖKK Unfallversicherung. Dauert die Behandlung länger als 3 Monate? Senden Sie uns den ersten Apothekerschein nach 3 Monaten ab Unfalldatum.

Benötigen Sie einen neuen Apothekerschein? Sie können diesen bei der ÖKK Unfallversicherung bestellen.

9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Total			

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

Postkonto-Nr., Bank und Bankkonto-Nr.
Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Bitte Rezepte beilegen