

Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	Weitere/-r Arbeitgeber
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig		
4. Unfalldatum	Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)		
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arztadressen	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 **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von **höchstens drei Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden zwei Tage) eintritt.

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist die Schadenmeldung UVG auszufüllen bei

- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben.

Lautend auf:

Bagatellunfall-Meldung UVG (Kopie für den Arbeitgeber)

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	Weitere/-r Arbeitgeber
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig		
4. Unfalldatum	Tag Monat Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

geht an:

→ Kopie für den Arbeitgeber

GLN-Nr. UVG: 7601003101362

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	Weitere/-r Arbeitgeber
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig		
4. Unfalldatum	Tag Monat Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Eintragungen des Arztes

Verletzter Körperteil/Art der Schädigung/Diagnose:
Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

geht an:

→ erstbehandelnden Arzt

→ Agrisano Versicherungen AG

GLN-Nr. UVG: 7601003101362

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

			Schaden-Nummer
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)
Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ, Wohnort		

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
--------------------	-----	-------	------	-------------------------

Hinweise für die/den Verletzte/-n

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen von der Apotheke gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für die Apotheke

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber drei Monate nach Unfalldatum – an die unten aufgeführte Adresse. Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn
 - der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht,
 - nach Ablauf von drei 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:

geht an: → Verletzte/-n → Apotheke → Agrisano Versicherungen AG