

Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
	Üblicher Arbeitsplatz des/der 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): _____		
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:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
	Art der Schädigung:		
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 eine weisse Formulargarnitur auszufüllen bei

- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Dem zugezogenen Arzt bzw. den Ärzten werden wir ein Rechnungsformular zustellen.

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

Geht an: Krankenkasse Agrisano

Bagatellunfall-Meldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
	Üblicher Arbeitsplatz des/der 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): _____		
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)?		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:	Grund der Absenz:	
	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:

Doppel für Ihre Akten

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

		Schaden-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der 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): _____		
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:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
	Art der Schädigung:		
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



Krankenkasse Agrisano

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der 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 oben 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: