

# Bagatellunfall-Meldung UVG

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

geht an: → Agrisano Versicherungen AG

# Bagatellunfall-Meldung UVG (Kopie für den Arbeitgeber)

Schaden-Nummer

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

**Apothekerschein zu  
Bagatellunfall-Meldung UVG**

Bitte Schadennummer hier vermerken →

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

<b>Unfalldatum</b>	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.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

**Datum:**

\_\_\_\_\_

**Stempel der Apotheke:**

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