

<b>Bagatellunfall-Meldung UVG</b>		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort		Weitere(r) Arbeitgeber	
<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 / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
		Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunde pro Woche _____		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach auf Berufskrankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit?) bis: _____ Grund der Absenz: _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
		Art der Schädigung _____		
<b>10. Arzt-adressen</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 3 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 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).

--

<b>Arztschein UVG</b>		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort		weitere(r) Arbeitgeber	
<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 / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____			
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach auf Berufskrankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</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: _____		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>10. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

**Eintragung des Arztes**

Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

**Arztrechnung**

A. Leistung nach Tarif			B. Medikamente und Verbandsmaterial	
Datum	Tarif-ziffer	Tax-punkte	Art und Menge	Preis
			Total B	
			<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/> X <input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/> CHF	Total A
Bitte Röntgen-filme beilegen				Total A + B
Total		<input style="width: 50px;" type="text"/>		

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, vom Arbeitgeber ein Formular "Arztzeugnis" zu verlangen. Der Arztschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung bzw. der QualiRisk AG zuzustellen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Postkonto-Nr. oder Bank und Konto-Nr.

<b>Apothekerschein UVG</b>		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse			
	PLZ / Wohnort			
<b>Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit

### Hinweise für die/den Verletzte/n

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

### Hinweise für die/den Verletzte/n

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Schadendatum - an die Versicherung.

Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn  
- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht,  
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt.

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

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>			
<b>Total</b>			

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke: \_\_\_\_\_

3	Code						
---	------	--	--	--	--	--	--

Postkonto-Nr. der Bank und Konto-Nr.
Bei Abrechnung über OFAC: 35-1