

Bagatellunfall-Meldung UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort		Weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	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 _____		
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	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
		Art der Schädigung _____		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelter 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 Rückerstattungs-gesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto anzugeben).

--

Arztschein UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort		weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	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 _____				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	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"/> unbekannt	
		Art der Schädigung		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelter 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	
Bitte Röntgen-filme beilegen		Total	X	
			Total A	
			Total A + B	

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.

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

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

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

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

Postkonto-Nr. der Bank und Konto-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1