

Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Police-Nummer

		Tel.-Nr.	
		E-Mail	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)
	Strasse		Geburtsdatum
	Postleitzahl und Wohnort		AHV-Nr.
	Telefon / Mobile / E-Mail		Staatsangehörigkeit
	Postcheck- oder Bankkonto		Zivilstand
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"/> Praktikant/in		
	<input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in		
Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____		Betriebsübliche Arbeitszeit	
Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		(Stunden je Woche): _____	
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr
	_____	_____	_____
	Zeit (Std., Min.) _____		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		

7. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		

8. Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
9. Arzt-Adressen	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 die Verletzung **keine Arbeitsunfähigkeit** zur Folge hat.

Ausnahmen: Liegt – eine Berufskrankheit,
– ein Zahnschaden oder
– ein Rückfall vor,

so ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine ordentliche «Unfallmeldung UVG» auszufüllen.

Wird ein **zweiter Arzt** zugezogen, so werden wir ihm ein Rechnungsformular zustellen.

Bagatellunfall-Meldung UVG

 Doppel für den
 Arbeitgeber

		Schaden-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Postleitzahl und Wohnort	Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	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 / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____	
4. Unfall-datum	Tag Monat Jahr Zeit (Std., Min.)		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
8. Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
9. Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
	E-Mail		
Verletzte/r	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Postleitzahl und Wohnort	Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse _____	
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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____	
Unfall-datum	Tag Monat Jahr Zeit (Std., Min.)		
Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
Nicht-berufs-unfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?		
Verletzung	Betroffener Körperteil: _____	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung: _____	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik _____		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik _____

Eintragungen des Arztes Verletzter Körperteil / Art der Schädigung / Diagnose

Arztrechnung UVG: Wir bitten Sie, die obenerwähnte Schadennummer auf die Krankengeschichte zu übertragen und auf allen Zuschriften anzugeben.

A. Leistungen nach Tarif						
Datum	Tarifziffer	Bezugsziffer	An-zahl	Taxpunkte		
				TARMED AL + TL	Labor	Physio
Total Taxpunkte (TP)						

B. Medikamente / Verbrauchsmaterial		
Menge	Art	CHF
Total Medikamente / Verbrauchsmaterial		

Behandlung abgeschlossen? ja nein

Datum : _____

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Total Taxpunkte TARMED x CHF/TP _____ = Total TARMED

Total Taxpunkte Analysenliste x CHF/TP _____ = Total Labor

Total Taxpunkte Physiotherapietarif x CHF/TP _____ = Total Physio

Total Medikamente / Verbrauchsmaterial

Gesamtbetrag

Bitte Röntgenfilme nur auf besonderen Wunsch beilegen

Postkonto _____
 Bank und Bankkonto _____

Geht an: Erstbehandelnden Arzt → Allianz Suisse Versicherungen

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

		Schaden-Nummer	
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
Verletzte/r	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Postleitzahl und Wohnort		
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	

Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
	_____	_____	_____	_____

Hinweise für die verletzte Person

- Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente von der Apotheke ohne Bezahlung abgegeben.
- Alle Medikamente wollen Sie von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch die Apotheke eintragen zu lassen.

Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/dem Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Total			

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die Versicherung.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.
Abrechnung über OFAC?

Bitte Rezepte beilegen

Geht an: Verletzte/r → Apotheke → Allianz Suisse Versicherungen