

Falldossier-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

Bitte mit Blockschrift ausfüllen

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertragsnummer	Betriebsteil
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
	PLZ Wohnort	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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn			
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____				
4. Ereignisdatum	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 Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, 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"/> unbestimmt			
Art der Schädigung:				
10. 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 **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

Für Rückerstattungsgesuche bereits bezahlter Rechnungen bitten wir Sie, die Belege beizulegen. Bitte geben Sie uns die Zahladresse des Versicherten an mit IBAN oder Konto der Bank/Post.

Verteiler:

- grünes Formular → SWICA
- gelbes Formular → Doppel für Ihre Akten
- orangenes Formular → Arzt → Spital → Therapeut
- blaues Formular → Verletzten → Apotheke → SWICA

SWICA
Gesundheitsorganisation
Römerstrasse 38, Postfach
8401 Winterthur

Falldossier-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Arbeitgeber

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertragsnummer	Betriebsteil
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
	PLZ Wohnort	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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn			
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____				
4. Ereignisdatum	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 Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, 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"/> unbestimmt			
	Art der Schädigung:			
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Information für Arzt/Spital/Therapeut

Falldossier-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertragsnummer	Betriebsteil
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
	PLZ	Wohnort		
4. Ereignisdatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für Arzt/Spital/Therapeut

Wir bitten Sie die Rechnung/en SWICA mit Angabe der oben aufgeführten Informationen, insbesondere der **Falldossier-Nummer** zuzustellen. Dieses Dokument ist keine Zahlungsgarantie.

EAN 7601003002119

SWICA Gesundheitsorganisation
Römerstrasse 38
Postfach
8401 Winterthur
Telefon 052 244 22 33
Fax 052 244 27 00

Hinweis für den Versicherten

Bitte geben Sie diese Information oder ein Kopie davon jedem behandelnden Arzt oder Therapeut etc. ab. Ist Ihnen die Falldossier-Nummer bekannt, bitten wir Sie, diese oben rechts einzutragen.

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Bitte Falldossier-Nummer hier vermerken →

Falldossier-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Vertragsnummer	Betriebsteil
	_____		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse		_____		
	PLZ	Wohnort	_____		
Ereignisdatum Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)					

Hinweise für die /den Verletzte/n

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

Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Ereignisdatum – an SWICA. Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Falldossier-Nummer bei uns verlangen, wenn

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

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	<input type="text"/>

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

916d / 4000 / 6.2009 / SV

SWICA
Gesundheitsorganisation
Römerstrasse 38, Postfach
8401 Winterthur