



Bagatellunfall-Meldung UVG

Versicherungstreuhand **Poles & Partner AG**

		Gesellschaft	Schaden-Nr.	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzter / Versicherter	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse		Tel.	Heimatort
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Nationalität
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter	<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)			
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffene Körperteile (links/rechts)		Art der Schädigung	
9. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit

Der Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift des Verletzten/Versicherten	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
_____	_____	_____

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn die Verletzung keine Arbeitsunfähigkeit oder ein solche von höchstens 3 Kalendertagen (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) zur Folge hat.

Ausnahmen: Liegt eine Berufskrankheit oder ein Rückfall vor,
ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine Unfallmeldung UVG auszufüllen.

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

Arztschein zu
Bagatellunfall-Meldung UVG

		Gesellschaft	Schaden-Nr.	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter / Versicherter	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse		Tel.	Heimatort
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Nationalität
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)			
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffene Körperteile (links/rechts)		Art der Schädigung	
9. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Eintragung des Arztes Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandmaterial		
Datum	Tarifziffer	Taxpunkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Preis Fr.	Rp.
Bitte Röntgenfilme beilegen				Total	x	
					Taxpunktwert	
					Fr.	Rp.
				Total A		
				Total A + B		

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, von der VTL ein Formular «Arztzeugnis» zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

ADB Nr.

**Apothekerschein zu
Bagatellunfall-Meldung UVG**

		Gesellschaft	Schaden-Nr.
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzter / Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse		
	PLZ	Wohnort	

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
-------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

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 Unfalldatum - an die zuständige Direktion.
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 werden

Rechnung der Apotheke

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

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

ADB Nr. _____

Geht an: Verletzten --> Apotheke --> Poles + Partner --> Gesellschaft