

1. Arbeitgeber	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft		Fax-Nr.	
2. Verletzte/r	Name, Vorname		Zivilstand	
	Adresse		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	Anzahl
	PLZ / Wohnort		AHV-Nummer (11-stellig)	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.		Ausweis (A,B,C,F,G,L,N)	
	Mail		Quellensteuerpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
	Postcheck /Bankkonto		Krankenkasse	
3. Anstellung	Üblicher Arbeitsplatz (Betriebszweig)	<input type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Verkauf	Datum der Anstellung	
	Ausgeübter Beruf		Arbeitszeit des Verletzten	Stunden je Woche
	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt	Betriebsübl. Arbeitszeit	Stunden je Woche
	Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn		
	Arbeitseinsatz	Grad % <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> voll
4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	
5. Unfallort	Ort, Stelle (z.B. Werkstatt)			
6. Sachverhalt	Art des Unfalls	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		
	Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Abklärung	Beteiligte Person(en)			
	Polizeirapport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
8. Nicht-berufsunfall	Grund der Absenz	<input type="checkbox"/> bezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> Ferien <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Militär	Letzte Anwesenheit am Arbeitsplatz (Datum und Zeit)	
		<input type="checkbox"/> unbezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Andere		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
	Art der Schädigung			
10. Arzt-adressen	Erste Behandlung			
	Weitere Behandlung			
11. Sonderfälle	Versicherung	<input type="checkbox"/> freiwillige <input type="checkbox"/> Abrede <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter		
	Weitere(r) Arbeitgeber (Name, Adresse)			

Hinweis für den Arbeitgeber

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

Ort und Datum:	Name des Unterzeichners:	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Arztschein

1. Arbeitgeber	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft		Fax-Nr.	
2. Verletzte/r	Name, Vorname		Zivilstand	
	Adresse		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	Anzahl
	PLZ / Wohnort		AHV-Nummer (11-stellig)	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			
	Mail			
3. Anstellung	Üblicher Arbeitsplatz (Betriebszweig)	<input type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Verkauf	Datum der Anstellung	
	Ausgeübter Beruf		Arbeitszeit des Verletzten	Stunden je Woche
	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt	Betriebsübl. Arbeitszeit	Stunden je Woche
	Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn		
	Arbeitseinsatz	Grad % <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> voll
4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	

Aufzeichnungen des Arztes

5. Diagnose	Diagnose Verletzter Körperteil und Art der Schädigung	
6. Behandlung	Beendet <input type="checkbox"/> ja am: _____ <input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich in Wochen	
Ort und Datum:	Stempel und Unterschrift des Arztes	

Geht an: versicherte Person ⇒ behandelnder Arzt

Apothekerschein UVG

1. Arbeitgeber	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft		Fax-Nr.	
2. Verletzte/r	Name, Vorname			
	Adresse			
	PLZ / Wohnort			
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			
	Mail			
4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	

Hinweise für die verletzte Person

Hat die "Versicherungsgesellschaft" die Übernahme der Heilkosten zugesichert, werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker 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 den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Die "Versicherungsgesellschaft" gibt der versicherten Person eine Übernahme der Behandlungskosten bekannt. 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	CHF
Bitte Rezepte beilegen		TOTAL

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

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der "Versicherungsgesellschaft" verlangen, wenn

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

Datum	
Postcheck / Bank – Kontonummer	
OFAC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stempel der Apotheke	