

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit	
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 der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz:
				unregelmässig Kurzarbeit

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

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.

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

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

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

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit	
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-berufs-unfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		
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 der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

Eintragungen des Arztes Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandmaterial		
Datum	Tarif-ziffer	Tax-punkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Fr. Preis	Rp.
Total				X	Total A	
Total A + B						

Dauert die Arbeitsunfähigkeit **länger als 3 Kalendertage**, so bitten wir Sie, vom Arbeitgeber eine Formulargarnitur «Unfallmeldung UVG» zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.

Bitte Röntgenfilme nur auf besonderen Wunsch beilegen

