



**Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG**

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
|                                     | Direktion  | Schaden-Nr.  |
| <b>1. Arbeitgeber</b>               | Name und Adresse mit Postleitzahl  | Tel.   |
|                                     |  | Police-Nr.   |
|                                     | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)   |  |
| <b>2. Verletzter / Versicherter</b> | Name und Vorname   | Geburtsdatum   |
|                                     | Strasse  | AHV-Nr. (11-stellig)   |
|                                     | PLZ  | Wohnort  |
|                                     |  | Tel.   |
|                                     |  | Heimatort  |
|                                     |  | Zivilstand   |
|                                     |  | Nationalität   |
| <b>3. Anstellung</b>                | Datum der Anstellung   | Übliche berufliche Tätigkeit   |
|                                     |  | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt<br><input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling |
| <b>4. Unfalldatum</b>               | Tag  | Monat  |
|                                     | Jahr   | Zeit (Std., Min.)  |
| <b>5. Unfallort</b>                 | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)  |  |
| <b>6. Unfallbeschreibung</b>        | Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe     |  |
|                                     |  |  |
|                                     |  |  |
| <b>7. Nichtberufsunfall</b>         | Wann hat der Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? |  |
| <b>8. Verletzung</b>                | Betroffene Körperteile (links/rechts)  | Art der Schädigung   |
| <b>9. Arztadressen</b>              | 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 |             |           |                   | Taxpunktwert<br>Fr.    Rp.         | Total A   |     |
| x                                    |             |           |                   | Total A + B                        |           |     |

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, vom Arbeitgeber 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**

|                                  |  |              |                      |
|----------------------------------|--|--------------|----------------------|
|                                  |  | Direktion    | Schaden-Nr.          |
| <b>Arbeitgeber</b>               | Name und Adresse mit Postleitzahl                    | Tel.         | Police-Nr.           |
|                                  | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) |              |                      |
| <b>Verletzter / Versicherter</b> | Name und Vorname                                     | Geburtsdatum | AHV-Nr. (11-stellig) |
|                                  | Strasse  |              |                      |
|                                  | PLZ  | Wohnort      |                      |

|                    |     |       |      |                   |
|--------------------|-----|-------|------|-------------------|
| <b>Unfalldatum</b> | 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. \_\_\_\_\_