

Bagatellunfall-Meldung UVG

		Schaden-Nr.	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon	Police-Nr.
		E-Mail	
2. Verletzte/r	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
		Geburtsdatum	AHV-Nr.
		Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile	E-Mail	
	Postcheckkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	
	Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.		
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"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr
	Zeit (Std., Min.)		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
6. Unfall-beschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
8. Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
9. 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 die Verletzung **keine Arbeitsunfähigkeit** zur Folge hat.

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

so ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine ordentliche Unfallmeldung UVG auszufüllen.

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

Geht an: Allianz Suisse

Bagatellunfall-Meldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

		Schaden-Nr.	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon	Police-Nr.
		E-Mail	
2. Verletzte/r	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
		Geburtsdatum	AHV-Nr.
		Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile	E-Mail	
	Postcheckkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	
	Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.		
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"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr
	Zeit (Std., Min.)		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
6. Unfall-beschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
8. Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
9. Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nr.
Police-Nr.

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon	Schaden-Nr.
		E-Mail	Police-Nr.
Verletzte/r	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
		Geburtsdatum	AHV-Nr.
		Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile	E-Mail	
	Postcheckkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	
	Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.		
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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lernende/r	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	Betriebliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
Unfall-datum	Tag Monat Jahr Zeit (Std., Min.)		
Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
Unfall-beschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
	Art der Schädigung:	<input type="checkbox"/> unbestimmt	
Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

Eintragungen des Arztes

Verletzter Körperteil / Art der Schädigung / Diagnose

Arztrechnung UVG: Wir bitten Sie, die oben erwähnte Schaden-Nr. für die Krankengeschichte zu übertragen und auf allen Zuschriften anzugeben.

A. Leistungen nach Tarif				Taxpunkte			B. Medikamente / Verbrauchsmaterial		
Datum	Tarifziffer	Bezugs-ziffer	Anzahl	TARMED AL + TL	Labor	Physio	Menge	Art	CHF
Total Taxpunkte (TP)							Total Medikamente / Verbrauchsmaterial		
Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Total Taxpunkte TARMED x CHF/TP _____ = Total TARMED					
Datum: _____				Total Taxpunkte Analysenliste x CHF/TP _____ = Total Labor					
Stempel und Unterschrift des Arztes:				Total Taxpunkte Physiotherapeutarix x CHF/TP _____ = Total Physio					
				Total Medikamente / Verbrauchsmaterial _____					
							Gesamtbetrag		

Bitte Röntgenfilme nur auf besonderen Wunsch beilegen

Postcheckkonto
Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.

Geht an: Erstbehandelnden Arzt → Allianz Suisse

