

Bagatellunfall-Meldung UVG

Gesellschaft	Schadennummer
--------------	---------------

1. Arbeitgeber

Name	Kontaktperson
Adresse	Tel. Nr.
Email	Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	Bank/Post
IBAN Nr.	Adresse der Bank

2. Verletzter Weiblich Männlich

Name	Vorname
Adresse	Tel. Nr.
Bank/Post	IBAN Nr.
Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
Nationalität	Heimatort
Zivilstand	

3. Anstellung

Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit
Erlerner Beruf	

4. Unfalldatum

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

5. Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)
--

6. Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; 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

Betroffener Körperteil (links / rechts)	Art der Schädigung
---	--------------------

9. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik
--	--

10. Arbeitszeiten des Verletzten

Tag je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden
Arbeitseinsatz <input type="radio"/> unregelmässig <input type="radio"/> Kurzarbeit		

Der Unterzeichnete ermächtigt die Versicherungsgesellschaft, im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Ferner ist er damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft Daten welche für die Schadenabwicklung notwendig sind, an Dritte weiterleitet.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

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 oder ein Rückfall vor, so ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung das Formular Unfallmeldung UVG auszufüllen.

Geht an: LVT GmbH ➔ Gesellschaft

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Gesellschaft	Schadennummer
--------------	---------------

1. Arbeitgeber

Name	Tel. Nr.
Adresse	Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	

2. Verletzter Weiblich Männlich

Name	Vorname
Adresse	Tel. Nr.
Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
Nationalität	Heimatort
Zivilstand	

3. Anstellung

Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit
Erlerner Beruf	

4. Unfalldatum

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

5. Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)
--

6. Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; 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

Betroffenes Körperteil (links / rechts)	Art der Schädigung
---	--------------------

9. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik
--	--

Eintragung des Arztes

Verletztes Körperteil und Art der Schädigung
--

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandsmaterial		
Datum	Tarifziffer	Taxpunkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Preis CHF	Rp.

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, von LVT GmbH ein Formular Unfallmeldung UVG zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Geht an: Erstbehandelnden Arzt → LVT GmbH → Gesellschaft

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Gesellschaft		Schadennummer	
Arbeitgeber			
Name		Tel. Nr.	
Adresse		Police-Nr.	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
Verletzter			
Name		Vorname	
Adresse		Tel. Nr.	
Geburtsdatum		AHV-Nr. (13-stellig)	
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 Versicherung. 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	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte Beilegen		Total	

Datum

Stempel der Apotheke

Geht an: Verletzten → Apotheke → LVT GmbH → Gesellschaft