

Caisse maladie Agrisano
Laurstrasse 10
5201 Brougg AG

Certificat médical déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de convention
		E-Mail	
		Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Autre(s) employeur(s)
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine		
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année
	Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. atelier, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non professionnel	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à:	Motif d'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Inscriptions du médecin

Partie du corps blessée / Nature de la lésion / Diagnostic:
Traitement terminé? <input type="checkbox"/> oui, depuis le _____ <input type="checkbox"/> non

Date

Timbre et signature du médecin

Caisse maladie Agrisano
Laurstrasse 10
5201 Brougg AG

Caisse maladie Agrisano

Laurstr. 10
 5201 Brougg AG
 056 461 71 11
 info@agrisano.ch
 www.agrisano.ch

N° EAN LAA: 7601003101362

AGRISANO

krankenkasse caisse maladie cassa malati

**Feuille de pharmacie pour la
 déclaration d'accident-bagatelle LAA**

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de convention
		E-Mail	
		Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue		
	NPA Domicile		

Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
---------------------------	------	------	-------	---------------

Indications pour le blessé

Les médicaments prescrits par le médecin vous sont délivrés sans frais par la pharmacie contre remise de la présente feuille. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie.

Indications pour le pharmacien

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessus.

Vous pouvez nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s. v. p.		Total	

Date:

Timbre de la pharmacie:

Va à: assuré → pharmacie → Caisse maladie Agrisano

Caisse maladie Agrisano
Laurstrasse 10
5201 Brougg AG