

Bagatellunfallmeldung UVG Schaden-Nummer 1. Arbeitgeber Name Name Kontaktperson Police-Nr. Adresse Tel.-Nr. Kontaktperson E-Mail Kontaktperson PLZ Ort UID Unternehmens- Identifikationsnr. Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) CHE-2. Verletzte/-r Name und Vorname Geburtsdatum AHV-Nummer Adresse Tel.-Nr. (sofern bekannt) Staatsangehörigkeit Zivilstand Weiterer Arbeitgeber PLZ Wohnort Name und Adresse der Krankenkasse 3. Anstellung Datum der Anstellung Ausgeübter Beruf Position: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/-r oder Arbeiter/-in Lernende/r Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): Arbeitseinsatz: regelmässig unregelmässig 4. Unfalldatum Datum, Zeit (Stunden, Minuten) 5. Unfallort Ort (Name oder PLZ) Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse) Unfallland 6. Sachverhalt Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge (Unfallbeschreibung) 7. Berufsunfall Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) 8. Nichtberufsunfall Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Grund der Absenz: 9. Verletzung Betroffener Körperteil: Links Rechts Beidseitig Unbestimmt Art der Verletzung: 10. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt/Spital

Datum

Bemerkungen



Bagatellunfallmeldung UVG Schaden-Nummer 1. Arbeitgeber Name Name Kontaktperson Police-Nr. Adresse Tel.-Nr. Kontaktperson E-Mail Kontaktperson PLZ Ort UID Unternehmens- Identifikationsnr. Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) CHE-2. Verletzte/-r Name und Vorname Geburtsdatum AHV-Nummer Adresse Tel.-Nr. (sofern bekannt) Staatsangehörigkeit Zivilstand Weiterer Arbeitgeber PLZ Wohnort Name und Adresse der Krankenkasse 3. Anstellung Datum der Anstellung Ausgeübter Beruf Position: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/-r oder Arbeiter/-in Lernende/r Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): Arbeitseinsatz: regelmässig unregelmässig 4. Unfalldatum Datum, Zeit (Stunden, Minuten) 5. Unfallort Ort (Name oder PLZ) Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse) Unfallland 6. Sachverhalt Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge (Unfallbeschreibung) 7. Berufsunfall Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) 8. Nichtberufsunfall Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Grund der Absenz: 9. Verletzung Betroffener Körperteil: Links Rechts Beidseitig Unbestimmt Art der Verletzung: 10. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt/Spital

Datum

Bemerkungen



Arztschein	zu Bagatellunfallmeldung UV	/G	Schaden-Numn	ner	
1. Arbeitgeber	Name	Name Kontaktperson			
	Adresse	TelNr. Kontaktperson	TelNr. Kontaktperson Police-Nr.		
		E-Mail Kontaktperson			
	PLZ Ort	UID Unternehmens- Identifikationsnr.	Üblicher Arbeitsplatz	des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum AHV-Nummer			
	Adresse	TelNr. (sofern bekannt)	Staatsangehöri	gkeit	
		Zivilstand	Weiterer Arbeit	geber	
	PLZ Wohnort	Name und Adresse der Krank	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf			
	Position: Höheres Kader Mittleres Kader Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche):	Angestellte/-r oder Arbeiter, Arbeitseinsatz: regelmä		de/r Praktikant/-in Imässig	
4. Unfalldatum	Datum, Zeit (Stunden, Minuten)				
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ)	Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse	2)	Unfallland	
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Geg	enstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Bis: Grund der Absenz:				
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: Art der Verletzung:	Links Rechts	Beidseitig	Unbestimmt	
10. Arztadressen	ErstbehandeInder Arzt/Spital	Nachbehandelnder Arzt/Spita	al		
Bemerkungen					

Eintragungen des Arztes

Verletzter Körperteil/Art der Schädigung/Diagnose				
Behandlung abgeschlossen? Wenn ja, am	nein			

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes



Apotheke	erschein zu Bagatellur	nfallmeldung UVG	Schaden-Nummer		
1. Arbeitgeber	Name	Name Kontaktperson	Name Kontaktperson		
	Adresse	TelNr. Kontaktperson	Police-Nr.		
		E-Mail Kontaktperson	E-Mail Kontaktperson		
	PLZ Ort	UID Unternehmens- Identifikationsnr.	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer		
	Adresse	TelNr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit		
		Zivilstand	Weiterer Arbeitgeber		
	PLZ Wohnort	Name und Adresse der Krank	Name und Adresse der Krankenkasse		

4. Unfalldatum	Datum, Zeit (Stunden, Minuten)

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis CHF	Pn	Datum
Abgabe		СПР	Rp.	
				Stempel der Apot
	_			

theke