



Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		UID	Police-Nr.
	_____		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	Strasse			Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	
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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			

7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt
Art der Schädigung:		_____		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
	_____		_____	

Wird von der Versicherung ausgefüllt
 ▼

Ge

St

Zi

Stellung

B/N/F

Verletzung

Art

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von **höchstens 3 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

- Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist eine weisse Formulargarnitur auszufüllen bei
- Berufskrankheit
 - Zahnschaden
 - Rückfall

Dem zugezogenen Arzt bzw. den Ärzten werden wir ein Rechnungsformular zustellen.

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben.

CSS Versicherung
Unfallversicherung UVG
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
6002 Luzern

CSS Versicherung
Unfallversicherung UVG
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
6002 Luzern



**Bagatellunfall-Meldung UVG
 Doppel für den Betrieb**

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		UID	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	Strasse			Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	
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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt			Art der Schädigung: _____
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



Apothekerschein UVG

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	UID	Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer	
	Strasse			
	PLZ Wohnort			
Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für die/den Verletzte/n

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 oben aufgeführte Adresse.

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.

Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt
	Art der Schädigung: _____
Arzt- adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik
	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

3 Code

--	--	--	--