

Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	Weitere/-r Arbeitgeber
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in regelmässig ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in unregelmässig Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____		
4. Unfalldatum	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 Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, 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 (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt Art der Schädigung: _____		
10. Arztadressen	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 **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von **höchstens drei Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden zwei Tage) eintritt.

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

- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

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

Lautend auf:

geht an:

→ Agrisano Stiftung, Globalversicherung

Laurstrasse 10 | 5201 Brugg | Tel. +41 (0)56 461 71 11 | info@agrisano.ch | www.agrisano.ch

Bagatellunfall-Meldung UVG (Kopie für den Arbeitgeber)

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Weitere/-r Arbeitgeber
	Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ regelmässig unregelmässig			
4. Unfalldatum	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 Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, 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 (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung	Bis:		Grund der Absenz:	
	Betroffener Körperteil:		☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt	
10. Arztadressen	Art der Schädigung:			
	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

geht an:

→ Kopie für den Arbeitgeber

EAN-Nr. UVG: 7601003101362

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	Weitere/-r Arbeitgeber
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ regelmässig unregelmässig		
4. Unfalldatum	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 Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, 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 (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt Art der Schädigung: _____		
10. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Eintragungen des Arztes

Verletzter Körperteil/Art der Schädigung/Diagnose: Laurstrasse 10 5201 Brugg Tel. +41 (0)56 461 71 11 info@agrisano.ch www.agrisano.ch Laurstrasse 10 5201 Brugg Tel. +41 (0)56 461 71 11 info@agrisano.ch www.agrisano.ch
Behandlung abgeschlossen? ☐ ja, am _____ ☐ nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

geht an:

→ erstbehandelnden Arzt

→ Agrisano Krankenkasse AG

EAN-Nr. UVG: 7601003101362

**Apothekerschein zu
Bagatellunfall-Meldung UVG**

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ, Wohnort		

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
-------------	-----	-------	------	-------------------------

Hinweise für die/den Verletzte/-n

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen von der Apotheke gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für die Apotheke

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber drei Monate nach Unfalldatum – an die unten aufgeführte Adresse. Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht,
- nach Ablauf von drei 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:

→ Verletzte/-n

→ Apotheke

→ Agrisano Krankenkasse AG