

Schaden-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

| | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Tel.-Nr. | Police-Nr. 495 11040. |
| | _____ | | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname | | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| | Strasse | | Zivilstand | Staatsangehörigkeit |
| | PLZ | Wohnort | Weitere(r) Arbeitgeber | |
| 3. Anstellung | Datum der Anstellung | Austritt | 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: ____ Tage je Woche; ____ Std./Woche; Betriebsübliche Vollarbeitszeit: ____ Std./Woche <input type="checkbox"/> unregelmässig | | | |
| 4. Schaden-datum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std., Min.) |
| 5. Unfallort | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse) | | | |
| 6. Sachverhalt (Unfall-beschreibung) | 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. Arztadressen | Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | | Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | |
| 11. Krankenkasse | Name, Adresse, Mitglied-Nr. | | | |

Ort und Datum

Unterschrift der Arbeitnehmerin/
des Arbeitnehmers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

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 oder Rückfall

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

Geht an: grünes Formular → Ausgleichskasse PANVICA, Talstrasse 7, 3053 Münchenbuchsee
 gelbes Formular → Doppel für Ihre Akten
 rotes Formular → Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt → Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3001 Bern
 blaues Formular → Verletzte/r → Apotheke → Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3001 Bern
 Arztrechnungen → Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3001 Bern

Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Betrieb

Schaden-Nummer

Ausgleichskasse
PANVICA
dieMobilier

| | | | | |
|---|---|----------|--|---|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ | | Tel.-Nr. | Police-Nr. 495 11040. |
| | | | | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname _____ | | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| | Strasse _____ | | Zivilstand | Staatsangehörigkeit |
| | PLZ | Wohnort | Weitere(r) Arbeitgeber | |
| 3. Anstellung | Datum der Anstellung | Austritt | 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: ____ Tage je Woche; ____ Std./Woche; Betriebsübliche Vollarbeitszeit: ____ Std./Woche <input type="checkbox"/> unregelmässig | | | |
| 4. Schaden-datum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std., Min.) |
| 5. Unfallort | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse) | | | |
| 6. Sachverhalt (Unfall-beschreibung) | 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. Arztadressen | Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | | Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | |
| 11. Krankenkasse | Name, Adresse, Mitglied-Nr. | | | |

Ort und Datum

Unterschrift der Arbeitnehmerin/
des Arbeitnehmers

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer



| | | | | | |
|---|--|---------|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Tel.-Nr. | Police-Nr. 495 11040. | |
| | | | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname | | Geburtsdatum | AHV-Nummer | |
| | Strasse | | Zivilstand | Staatsangehörigkeit | |
| | PLZ | Wohnort | Weitere(r) Arbeitgeber | | |
| 4. Schaden-datum Tag Monat Jahr Zeit (Std., Min.) | | | | | |
| 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. Arztadressen | Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | | Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | | |
| 11. Krankenkasse | Name, Adresse, Mitglied-Nr. | | | | |

Eintragungen der Ärztin / des Arztes

| A. Leistungen nach Tarif | | | | | Taxpunkte | | |
|--------------------------|-------------|--------------|--------|--|----------------|-------|--------|
| Datum | Tarifziffer | Bezugsziffer | Anzahl | | TARMED AL + TL | Labor | Physio |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Zwischentotal | | | | | | | |

| B. Medikamente / Verbrauchsmaterial | | |
|--|-----|-----|
| Menge | Art | CHF |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total Medikamente / Verbrauchsmaterial | | |

Diagnose (Verletzter Körperteil und Art der Schädigung) und ICD-Code _____

Behandlung abgeschlossen? ja nein

Bemerkungen _____

PC-Konto oder Bank-Konto _____

| | | CHF |
|--|----------------------|-----|
| Total TP TARMED x CHF/TP | _____ = Total TARMED | |
| Total TP Analysenliste x CHF/TP | _____ = Total Labor | |
| Total TP Physio x CHF/TP | _____ = Total Physio | |
| Total Medikamente / Verbrauchsmaterial | | |
| Gesamtbetrag | | |

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____

Geht an: Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt → Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3001 Bern

Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer



| | | | |
|-----------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ | Tel.-Nr. | Police-Nr. 495 11040. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname _____ | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| | Strasse _____ | Zivilstand | Staatsangehörigkeit |
| | PLZ Wohnort | Weitere(r) Arbeitgeber | |

| 4. Schaden-datum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std., Min.) |
|-------------------------|-----|-------|------|-------------------|
|-------------------------|-----|-------|------|-------------------|

Hinweise für die/den Verletzte/n

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

Hinweise für die Apothekerin / 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.

| | | | | |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 9. Verletzung | Betroffener Körperteil _____ | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> unbestimmt |
| | Art der Schädigung _____ | | | |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| 10. Arztadressen | Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik |
|-------------------------|--|--|

Rechnung der Apotheke

| Datum der Abgabe | Art und Menge | Preis | |
|------------------|---------------|----------------------|----------------------|
| | | Fr. | Rp. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

| |
|--|
| Postcheckkonto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr. |
|--|

Bitte Rezepte beilegen.

Total

Geht an: Apotheke → Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3001 Bern