

**Bagatellunfall-Meldung UVG**

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
	_____		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse			Staatsangehörigkeit	
	PLZ	Wohnort	Zivilstand		
<b>3. Anstellung</b>	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 _____					
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)				
<b>6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?				
	bis:	Grund der Absenz:			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt				
	Art der Schädigung: _____				
<b>10. Arzt-adressen</b>	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 oder  
 - 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.

\_\_\_\_\_

**Verteiler:** grünes Formular → Suva (Adresse siehe oben)  
 gelbes Formular → Doppel für Ihre Akten  
 blaues Formular → Verletzte/r → Apotheke → Suva

Suva  
Postfach

Suva  
Postfach

## Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Betrieb

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ      Wohnort	Geburtsdatum _____	AHV-Nummer _____	
			Staatsangehörigkeit _____	
<b>3. Anstellung</b>	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 _____			
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag      Monat      Jahr      Zeit (Stunden, Minuten)			
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt Art der Schädigung: _____			
<b>10. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

**Apothekerschein UVG**

Schaden-Nummer

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse			
	PLZ      Wohnort			
<b>Schaden-datum</b>	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.

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

**Rechnung der Apotheke**

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke: \_\_\_\_\_

3 Code

--	--	--	--	--	--

Postkonto-Nr. oder zugeteilte Suva-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Geht an: Verletzte/r → Apotheker → Suva