

Arztschein zu
Bagatellunfall-Meldung UVG

Fehr Egli Partner AG
Versicherungs - Broker - 8207 Schaffhausen
Telefon 052 644 50 00 - www.fehregli.ch



Versicherungs-Gesellschaft		Direktion	Schaden-Nr.
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.
		Police-Nr.	
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzter / Versicherter	Name und Vorname		Geburtsdatum
	Strasse		Tel.
	PLZ	Wohnort	Zivilstand
		Nationalität	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
Zeit (Std., Min.)			
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)		
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
7. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
8. Verletzung	Betroffene Körperteile (links/rechts)		Art der Schädigung
9. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Eintragung des Arztes Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandmaterial		
Datum	Tarifziffer	Taxpunkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Preis Fr.	Rp.
Bitte Röntgenfilme beilegen				Total	x	
					Taxpunktwert	
					Fr.	Rp.
				Total A		
				Total A + B		

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, vom Arbeitgeber ein Formular «Arztzeugnis» zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

ADB Nr.

**Apothekerschein zu
Bagatellunfall-Meldung UVG**

Fehr Egli Partner AG
Versicherungs - Broker - 8207 Schaffhausen
Telefon 052 644 50 00 - www.fehregli.ch



Versicherungs-Gesellschaft		Direktion	Schaden-Nr.
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzter / Versicherter	Name und Vorname		Geburtsdatum
	Strasse		AHV-Nr. (11-stellig)
	PLZ	Wohnort	

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
-------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

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 zuständige Direktion.
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

Rechnung der Apotheke

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

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

ADB Nr. _____