

## Bagatellunfallmeldung UVG

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr. UVG
			E-Mail	Police-Nr. UVG-Zusatz
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit/Bewilligung
	Land	PLZ	Wohnort	E-Mail
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Mitarbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per: Arbeitszeit des/der Verletzten: (Std./Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Std./Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Zwischenverdienst			
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 Gegenstände, Fahrzeuge			
	_____			
	_____			
Beteiligte Person(en): _____				
Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, aufgenommen durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt				
Besteht ein Unfallprotokoll? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte Kopie beilegen. <input type="checkbox"/> Nein				
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	
11. Sonderfälle	Weitere(r) Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflicht			
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung (Arbeitgeber/Selbständigerwerbender) <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Entsandter Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Police-Nr.): _____			

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

### Hinweis für den Arbeitgeber

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

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfallmeldung ist eine Formulargarnitur «Schadenmeldung UVG» auszufüllen bei  
 - Berufskrankheit,  
 - Zahnschaden oder  
 - Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, die Originalbelege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) sowie den Kontoinhaber anzugeben:

Geht an: Helsana