



## Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		UID	Police-Nr.	
	_____		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer	
	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 (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		
	_____		_____		

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
- 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 → CSS c/o Suva (Adresse siehe oben)  
 gelbes Formular → Doppel für Ihre Akten  
 blaues Formular → Verletzte/r → Apotheke → CSS c/o Suva

CSS Versicherung AG  
c/o Suva  
Service Center  
Postfach  
6009 Luzern

CSS Versicherung AG  
c/o Suva  
Service Center  
Postfach  
6009 Luzern



**Bagatellunfall-Meldung UVG  
 Doppel für den Betrieb**

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		UID	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	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 (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	UID	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	Strasse		
	PLZ      Wohnort		
<b>Schaden-</b> <b>datum</b>	<b>Tag</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
			<b>Zeit (Stunden, Minuten)</b>

## 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: \_\_\_\_\_

<b>3</b>	Code	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>					