

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	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Austritt	Ausgeübter Beruf	
	Stellung ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / Arbeiter/in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/in Arbeitszeit: ____ Tage je Woche; ____ Std./Woche; Betriebsübliche Vollarbeitszeit: ____ Std./Woche ☐ 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 _____		☐ links ☐ rechts ☐ 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



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 ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / Arbeiter/in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/in Arbeitszeit: ____ Tage je Woche; ____ Std./Woche; Betriebsübliche Vollarbeitszeit: ____ Std./Woche ☐ 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		☐ links ☐ rechts ☐ 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

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 (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 links rechts 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

Datum	Tarifziffer	Bezugsziffer	Anzahl	Taxpunkte		
				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

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

CHF

 **panvica**
| AUSGLEICHKASSE
die Mobiliar