



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

## Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ      Wohnort	Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Zivilstand	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		
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent		
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag      Monat      Jahr      Zeit (Stunden, Minuten)		
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Arbeitsplatz, Strasse)		
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
	Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt		
<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

## 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 die Formulargarnitur «Schadenmeldung UVG» auszufüllen bei  
 – Berufskrankheit,  
 – Zahnschaden oder  
 – Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben.

--

**Verteiler:**    erste Seite      → HOTELA  
 Kopie            → Doppel für Ihre Akten  
 Apothekerschein    → Verletzte/r → Apotheke    → HOTELA



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

<b>Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Betrieb</b>		Schaden-Nummer	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.
		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		
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag      Monat      Jahr      Zeit (Stunden, Minuten)		
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Arbeitsplatz, Strasse)		
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
	Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt		
<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



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

## Apothekerschein UVG

Schaden-Nummer
----------------

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	
		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	
<b>Arzt- adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

### Rechnung der Apotheke

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

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

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

Postkonto-Nr. oder Konkordats -Nr.
------------------------------------