



Im Zentrum, 8105 Regensdorf    info@allinone-vt.ch    www.allinone-vt.ch

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name			Schaden-Nummer	
	Adresse			Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort			Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft			Fax-Nr.	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name, Vorname			Zivilstand	
	Adresse			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	Anzahl
	PLZ / Wohnort			AHV-Nummer (11-stellig)	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Staatsangehörigkeit	
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			Ausweis (A,B,C,F,G,L,N)	
	Mail			Quellensteuerpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<b>3. Anstellung</b>	Üblicher Arbeitsplatz (Betriebszweig)	<input type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Verkauf		Datum der Anstellung	
	Ausgeübter Beruf			Arbeitszeit des Verletzten	Stunden je Woche
	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt		Betriebsübl. Arbeitszeit	Stunden je Woche
	Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn			
	Arbeitseinsatz	Grad	%	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	Arbeitslosigkeit
<b>4. Unfall</b>	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)		
<b>5. Unfallort</b>	Ort, Stelle (z.B. Werkstatt)				
<b>6. Sachverhalt</b>	Art des Unfalls	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall			
	Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge				
<b>7. Abklärung</b>	Beteiligte Person(en)				
	Polizeirapport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Grund der Absenz	<input type="checkbox"/> bezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> Ferien <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Militär		Letzte Anwesenheit am Arbeitsplatz (Datum und Zeit)	
		<input type="checkbox"/> unbezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Andere			
<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>	Erste Behandlung				
	Weitere Behandlung				
<b>11. Sonderfälle</b>	Versicherung	<input type="checkbox"/> freiwillige <input type="checkbox"/> Abrede <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter			
	Weitere(r) Arbeitgeber (Name, Adresse)				

### Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn die Verletzung keine Arbeitsunfähigkeit oder eine solche von höchstens 3 Kalendertagen (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) zur Folge hat.

<b>Ort und Datum:</b>	<b>Name des Unterzeichners:</b>	<b>Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:</b>



Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.ch

**Arztschein**

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse		Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Versicherungsgesellschaft		Fax-Nr.	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name, Vorname		Zivilstand	
	Adresse		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	Anzahl
	PLZ / Wohnort		AHV-Nummer (11-stellig)	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			
	Mail			
<b>3. Anstellung</b>	Üblicher Arbeitsplatz (Betriebszweig)	<input type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Verkauf	Datum der Anstellung	
	Ausgeübter Beruf		Arbeitszeit des Verletzten	Stunden je Woche
	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt	Betriebsübl. Arbeitszeit	Stunden je Woche
	Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn		
	Arbeitseinsatz	Grad % <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> voll
<b>4. Unfall</b>	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	

### Aufzeichnungen des Arztes

<b>5. Diagnose</b>	Diagnose Verletzter Körperteil und Art der Schädigung	
<b>6. Behandlung</b>	Beendet <input type="checkbox"/> ja am: _____ <input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich in .... Wochen	
<b>Ort und Datum:</b>	<b>Stempel und Unterschrift des Arztes</b>	



Im Zentrum, 8105 Regensdorf

info@allinone-vt.ch

www.allinone-vt.ch

### Apothekerschein UVG

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name		Schaden-Nummer		
	Adresse			Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort				Tel.-Nr.
	Versicherungsgesellschaft			Fax-Nr.	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name, Vorname				
	Adresse				
	PLZ / Wohnort				
	Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.				
	Mail				
<b>4. Unfall</b>	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)		

#### Hinweise für die verletzte Person

Hat die "Versicherungsgesellschaft" die Übernahme der Heilkosten zugesichert, werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente wollen Sie von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abgegeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

#### Hinweise für den Apotheker

Die "Versicherungsgesellschaft" gibt der versicherten Person eine Übernahme der Behandlungskosten bekannt. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

#### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	CHF
Bitte Rezepte beilegen		<b>TOTAL</b>

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die "Versicherungsgesellschaft".

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der "Versicherungsgesellschaft" verlangen, wenn

- Der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- Nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum	
Postcheck / Bank – Kontonummer	
OFAC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stempel der Apotheke	