

**Apothekerschein zu
Unfall-Meldung UVG**

		Gesellschaft	Schaden-Nr.
Arbeitgeber	Name / Adresse mit Postleitzahl	Tel.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzter / Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Strasse		
	PLZ	Wohnort	

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
-------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

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 zuständige Direktion. 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

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

ADB Nr. _____

Geht an: Verletzten --> Apotheke --> A+P --> Gesellschaft