

Apothekerschein UVG

Bitte Schaden-Nummer
hier vermerken →

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr. UVG	
	E-Mail	Police-Nr. UVG-Zusatz		
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit/Bewilligung	
	Land PLZ Wohnort	E-Mail	Zivilstand	
4. Schaden-	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
datum				

Hinweise für die/den Verletzte/n

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

Bitte beziehen Sie alle Medikamente von der gleichen Apotheke und geben Sie diesen Schein ab. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem/der Verletzten durch Helsana bekannt gegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

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

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

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei **Helsana** verlangen, wenn

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

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

Postkonto-Nr. oder Bankverbindung: Abrechnung über OFAC:

Geht an: Verletzte/r → Apotheker → Helsana