

# Ärztlicher Zwischenbericht

 UVG VVG

Schaden-Nummer:

Unfalldatum/-zeit:

Arbeitgeber

Patient

Vorname:

AHV-Nr.:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht

Ausgeübter Beruf:

Arbeitspensum:

: Std./Tag

**1. Diagnose(n)**

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

**2. Therapie**

a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, versicherungsmed. Untersuchung):

c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung?

**3. Verlauf**

a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):

b) Prognose:

c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**4. Arbeits-  
unfähigkeit /  
Arbeits-  
fähigkeit**

a) Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)?

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag):	Evtl. AUF in %:	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:

Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich?  Ja  Nein  
Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag  
voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

b) Können konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz positiv beeinflussen (z.B. Zuweisung geeigneter Arbeit, Arbeitswegunterstützung, Arbeitsplatzanpassung, Job-Coaching usw.)?  Ja  Nein

Wenn ja welche?

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher und in welchem Ausmass?

**5. Bemerkungen**

Ort und Datum:

Anschrift des Arztes/der Ärztin:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:  
(bei elektronischer Einsendung unnötig)