

Ärztlicher Zwischenbericht Unfallversicherung

UVG VVG

Schaden-Nummer		Unfalldatum/-zeit		
Arbeitgeber				
Patient	Vorname	SV-Nr.	Geschlecht	
	Nachname	Geburtsdatum		
	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)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 notwendig)