

Ärztlicher Erstbericht Unfallversicherung

UVG VVG

Schaden-Nummer		Unfalldatum/-zeit :	
Arbeitgeber			
Patient	Vorname Nachname Arbeitspensum Ausgeübter Beruf	Std./Tag	SV-Nr. Geburtsdatum Nationalität
			Geschlecht
1. Erst- behandlung	Datum Name Fachrichtung		Zeit Ort
2. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?		
3. Allgemein- zustand	<p>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</p> <p>Wenn ja, welche?</p>		
4. Objektive Befunde	Röntgenbefund		
5. Diagnose(n)	ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):		

6. Unfallfolgen Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel? Ja Nein

7. Therapie a) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgekn,r,e isärztliche Untersuchung, usw.):

b) Ist der Patient hospitalisiert? Ja Nein

Wenn ja, wo?

8. Arbeits - unfähigkeit	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 Wochenendemöglich? Ja Nein
 reitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag
 voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

9. Behandlungsabschluss Ja am :
 Nein voraussichtlich in Wochen

10. Bemerkungen

Ort und Datum :

Anschrift des Arztes/ der Ärztin:

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

EAN :

ZSR :

Tél :
 E-mail :