

Ärztlicher Erstbericht

UVG
 VVG

Schaden-Nummer:
Unfalldatum/-zeit:

Arbeitgeber

Patient

Vorname:	SV-Nr./AHV-Nr:	Geschlecht:
Nachname:	Geburtsdatum:	Zivilstand:
	Nationalität:	
	Ausgeübter Beruf:	

**1. Erst-
behandlung**

Datum:	Wo:
	Wann:

**2. Angaben des
Patienten**

Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?

**3. Allgemein-
zustand**

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

Wenn ja, welche?

**4. Objektiver
Befund**

Röntgenbefund:

5. Diagnose

Typ: Code:

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, Röntgen, kreisärztliche 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:

9. Behandlungsabschluss

Ja am:
 Nein voraussichtlich in Wochen

10. Bemerkungen

Datum:

Arzt/ Ärztin:

Unterschrift:

(bei elektronischer Einsendung unnötig)

EAN:

ZSR:

Tel.:

E-Mail: