

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

KVG
 VVG

Schaden-Nummer:
Beginn Arbeitsunfähigkeit:

Arbeitgeber

Patient

Vorname:	SV-Nr.:	
Nachname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Arbeitspensum: Std./Tag	Nationalität:	
Ausgeübter Beruf:		

**1. Erst-
behandlung**

Datum:	Zeit:
Name:	Ort:
Fachrichtung:	

2. Ursache

Krankheit: Unfall: Berufskrankheit: Unbestimmt:
Schwangerschaft: Errechneter Geburtstermin:

3. Anamnese

a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wo?

c) Bisherige Therapien:

d) Subjektive Angaben des Patienten:

e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf?

f) Weiteres:

4. Objektive Befunde

Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen):

5. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit:

6. Andere Faktoren

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht) ?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

7. Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.):

c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

Ja Nein

Wenn ja, wo und wann?

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name:

Fachrichtung:

Ort:

seit wann:

Name: Fachrichtung:	Ort: seit wann:
------------------------	--------------------

8. Arbeitsunfähigkeit

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Arbeitswiederaufnahme: geplant ab:			zu	Std./Tag
voraussichtlich in: Wochen			zu	Std./Tag

9. Daten der Konsultationen

Daten der bisherigen Konsultationen:

Nächster Termin:

10. Andere Versicherer

Sind weitere Leistungsträger beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV, Pensionskasse, usw.)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

11. Bemerkungen

Insbesondere in Bezug auf Förderung der Wiedereingliederung (z.B.: Erleichterung der Arbeit, Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung, andere nicht medizinische Massnahmen):

Ort und Datum:

Anschrift des Arztes/der Ärztin:

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

EAN:

ZSR:

Tel.:

E-Mail: