|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Arbeitsun- fähig keit |  | | | | | | |
| **ohne**  Auswirkung auf  die Arbeitsun- fähig keit |  | | | | | | |
|  | 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:       Ort:  Fachrichtung:       seit wann: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **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 Wochenende** möglich?  Ja  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 elektronsicher Einsendung unnötig) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN: |  | ZSR: |  | Tel.:  E-Mail: |