|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Erstbericht**  **Unfallversicherung** | | | **UVG**  **VVG** | Schaden-Nummer:  Unfalldatum/-zeit: | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Arbeitgeber** |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **Patient** | Vorname:       SV-Nr.:  Nachname:       Geburtsdatum:       Geschlecht:  Arbeitspensum:     Std./Tag Nationalität:  Ausgeübter Beruf: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **1. Erst-  behandlung** | Datum:       Zeit:  Name:       Ort:  Fachrichtung: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **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. 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, 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: |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  | Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich?  Ja  Nein  Arbeitswiederaufnahme: geplant ab:       zu     Std./Tag  voraussichtlich in:     Wochen zu     Std./Tag | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **9. Behandlungs-**  **abschluss** | Ja am:  Nein voraussichtlich in     Wochen | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **10. Bemerkungen** |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum: |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin: |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin:  (bei elektronsicher Einsendung unnötig) |

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