|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Zwischenbericht****Unfallversicherung**  | **[ ]  UVG****[ ]  VVG** | Schaden-Nummer:      Unfalldatum/-zeit:       |
|  |  |
|  **Arbeitgeber** |       |
|  |  |
|  **Patient** | Vorname:       SV-Nr.:      Nachname:       Geburtsdatum:       Geschlecht: Ausgeübter Beruf:       Arbeitspensum:     Std./Tag |
|  |  |
| **1. Diagnose(n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): |
|  |       |
|  |  |
| **2. Therapie** | a) Gegenwärtige Behandlung: |
|  |       |
|  | b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, versicherungsmed. Untersuchung): |
|  |       |
|  | c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt? |
|  |       |
|  | d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung? |
|  |       |
|  |  |
| **3. Verlauf** | a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv): |
|  |       |
|  | b) Prognose: |
|  |       |
|  | c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, welche? |
|  |  |
| **4. Arbeits-** **unfähigkeit /** **Arbeits** **fähigkeit** | a) Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)? |
|  |       |
|  |  |
|  | ZumutbareBelastbarkeit(% der üblichenBelastung): | ZumutbareAnwesenheit im Betrieb(Std./Tag): | Evtl.AUFin %: | Arbeitsunfähigkeitvon: | Arbeitsunfähigkeitbis: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? [ ]  Ja [ ]  NeinArbeitswiederaufnahme: geplant ab:       zu     Std./Tag voraussichtlich in:     Wochen zu     Std./Tag |
|  |  |
|  | b) Können konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz positiv beeinflussen (z.B. Zuweisung geeigneter Arbeit, Arbeitswegunterstützung, Arbeitsplatzanpassung, Job-Coaching usw.)? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja welche? |
|  | c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, welcher und in welchem Ausmass? |
|  |  |
| **5. Bemerkungen** |       |

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