|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | 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) |