|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Erstbericht****Haftpflichtversicherung**  |  | 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** | Morphologisches Schadensbild: |
|  |       |
|  | Funktionelles Schadensbild: |
|  |       |
|  | Untersuchungen und bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde: |
|  |       |
|  |  |
| **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** | 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 |
|  |  |
| **9. Behandlungs-** **abschluss** | [ ]  Ja am:      [ ]  Nein voraussichtlich in     Wochen |
|  |  |
| **10. Bemerkungen** |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum:      |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin:      |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin: |

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