

# 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 Arbeitsfähigkeit

**ohne**

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

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. Arbeitsunfähigkeit**

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag):	Evtl. AUF in %:	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:
Ist die <b>Wiederaufnahme</b> der Arbeit <b>vor dem Wochenende</b> möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 elektronischer Einsendung unnötig)

EAN:

ZSR:

Tel.:  
E-Mail: