

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):

