

Ärztlicher Zwischenbericht

Haftpflichtversicherung

Schaden-Nummer:

Unfalldatum/-zeit:

Arbeitgeber

--

Patient

Vorname:

SV-Nr.:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Ausübter 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. Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsfähigkeit

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 elektronischer Einsendung unnötig)