

# 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**

Röntgenbefund:

**5. Diagnose(n)**

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

