

# 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. Arbeitsunfähigkeit**

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

**9. Behandlungsabschluss**

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: