

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: