|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Erstbericht** **Krankenversicherung / Krankentaggeld** | **[ ]  KVG****[ ]  VVG** | Schaden-Nummer:      Beginn Arbeitsunfähigkeit:       |
|  |  |
|  **Arbeitgeber** |       |
|  |  |
|  **Patient** | Vorname:       SV-Nr.:      Nachname:       Geburtsdatum:       Geschlecht: Arbeitspensum:     Std./Tag Nationalität:      Ausgeübter Beruf:       |
|  |  |
| **1. Erst- behandlung** | Datum:       Zeit:      Name:       Ort: Fachrichtung:       |
|  |  |
| **2. Ursache** | Krankheit: [ ]  Unfall: [ ]  Berufskrankheit: [ ]  Unbestimmt: [ ] Schwangerschaft: [ ]  Errechneter Geburtstermin:       |
|  |  |
| **3. Anamnese** | a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert? |
|  |       |
|  | b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, wo? |
|  | c) Bisherige Therapien: |
|  |       |
|  | d) Subjektive Angaben des Patienten: |
|  |       |
|  | e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf? |
|  |       |
|  | f) Weiteres: |
|  |       |
|  |  |
| **4. Objektive** **Befunde** | Morphologisches Schadensbild: |
|       |
|  | Funktionelles Schadensbild: |
|  |       |
|  | Untersuchungen und bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde: |
|  |       |
|  |  |
| **5. Diagnose(n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): |
|  **mit**  Auswirkung auf die Arbeitsun- fähig keit |       |
|  **ohne**  Auswirkung auf die Arbeitsun- fähig keit |       |
|  | Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit: |
|  |       |
|  |  |
| **6. Andere  Faktoren** | Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht) ? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, welche? |
|  |  |
| **7. Therapie** | a) Gegenwärtige Behandlung: |
|  |       |
|  | b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.): |
|  |       |
|  | c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, wo und wann? |
|  | d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten? |
|  | Name:       Ort:      Fachrichtung:       seit wann:       |
|  |  |
| **8. Arbeits-** **unfähigkeit** | ZumutbareBelastbarkeit(% der üblichenBelastung): | ZumutbareAnwesenheit im Betrieb(Std./Tag): | Evtl.AUFin %: | Arbeitsunfähigkeitvon: | Arbeitsunfähigkeitbis: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? [ ]  Ja [ ]  NeinArbeitswiederaufnahme: geplant ab:       zu     Std./Tag voraussichtlich in:     Wochen zu     Std./Tag |
|  |  |
| **9. Daten der** **Konsultationen** | Daten der bisherigen Konsultationen: |
|       |
|  | Nächster Termin:       |
|  |  |
| **10. Andere** **Versicherer** | Sind weitere Leistungsträger beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV, Pensionskasse, usw.)? [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Wenn ja, welche? |
|  |  |
| **11. Bemerkungen** | Insbesondere in Bezug auf Förderung der Wiedereingliederung (z.B.: Erleichterung der Arbeit, Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung, andere nicht medizinische Massnahmen): |
|  |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum:      |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin:      |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin:  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN:      |  | ZSR:      |  | Tel.:      E-Mail:      |