

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 Arbeitsfähigkeit

ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

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. 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. 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: