

# Ärztlicher Erstbericht

## Unfallversicherung

UVG  
 VVG

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):

