

# Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

GLN

## Fall

Gesetz  Schadennummer  Beginn Arbeitsunfähigkeit

## Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Arbeitspensum	<input type="text"/> Std./Tag
Nationalität	<input type="text"/>		

## Arbeitgeber

Firma	<input type="text"/>	Abteilung	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>

## 1. Erstbehandlung

Datum	<input type="text"/>	Zeit	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
		Fachrichtung	<input type="text"/>

## 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?, Wenn ja, wo?  Ja  Nein

# Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

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:

# Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

## 5. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

**mit** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

**ohne** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

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.):

# Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

Ja  Nein Wenn ja, wo und wann?

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name:  Ort:   
seit wann:   
Fachrichtung:

## 8. Arbeitsunfähigkeit

Datum der Erstellung	Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	Evtl. AUF in %	Arbeitsunfähigkeit von	Arbeitsunfähigkeit bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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?

# Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

## 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):

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische  
Übermittlung**