

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

Arbeitgeber:		Name:	
		Strasse, PLZ Ort:	
Patient:	*Vor- / *Nachname:	SV-Nr.:	
	Strasse:	*Geb.datum:	
«* = zwingendes Feld»	PLZ Ort:	Beruf:	
1. Erstbehandlung:	Datum:	wo:	wann:
2. Angaben des Patienten:	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall ?		
3. Allgemeinzustand:	Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? wenn ja, welche		
4. Objektiver Befund:	Morphologisches Schadensbild:		
	Funktionelles Schadensbild:		
	Bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde:		
5. Diagnose:	Typ:	Code:	

Erstbefund

6. Unfallfolgen:	Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel?					
7. Therapie:	a) Prozedere / Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.)					
	b) Ist der Patient hospitalisiert ?					
	wenn ja, wo:					
8. Arbeitsunfähigkeit:	%	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag	zu	%	von: bis:
	%	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag	zu	%	von: bis:
	%	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag	zu	%	von: bis:
9. Behandlungsabschluss:	ja:	am:				
	nein:	voraussichtlich in	Wochen			
10. Bemerkungen:						
Leistungserbringer:	* Name:					
	Strasse:					*GLN.:
«* = zwingendes Feld»	*PLZ Ort:					ZSR:
	eMail:					Telefon:
Bearbeiter:	Name:					
	falls abweichend zu Leistungserbringer					
	Datum:		Unterschrift:		_____	
					<small>bei elektronischer Einsendung unnötig</small>	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.

Zusatzfeld: