

# Ärztlicher Erstbericht

Unfallversicherung

GLN



Schaden-Nummer

Gesetz

Datum/Zeit

## Patient

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geschlecht

Tel.

Geburtsdatum

Mail

Nationalität

Ausgeübter Beruf

Arbeitspensum

 Std./Tag

## Arbeitgeber

Firma

Abteilung

Strasse

PLZ / Ort

Tel.

Mail

## 1. Erstbehandlung

Datum

Zeit

Name

Ort

Fachrichtung

## 2. Angaben des Patienten

Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?

# Ärztlicher Erstbericht

Unfallversicherung

---

## 3. Allgemeinzustand

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):

# Ärztlicher Erstbericht

## Unfallversicherung

---

### 6. Unfallfolgen

Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel?

Ja  Nein

### 7. Therapie

a) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung, usw.):

b) Ist der Patient hospitalisiert?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?

### 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. Behandlungsabschluss

Ja am:

Nein voraussichtlich in  Wochen

---

# Ärztlicher Erstbericht

Unfallversicherung

---

## 10. Bemerkungen

Arzt/Ärztin  
Adresse

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische  
Übermittlung**