

# Ärztlicher Erstbericht

Haftpflichtversicherung

GLN

## Gesetz

Schaden-Nummer  Gesetz  Datum/Zeit

## Patient

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

## Arbeitgeber

Firma	<input type="text"/>	Abteilung	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/> <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. Angaben des Patienten

Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?

# Ärztlicher Erstbericht

Haftpflichtversicherung

---

## 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

Haftpflichtversicherung

---

## 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

Haftpflichtversicherung

---

## 10. Bemerkungen

Arzt/Ärztin  
Adresse

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische  
Übermittlung**