

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**