

Schaden-Nummer

1. Arztzeugnis UVG

Arbeitgeber						
Verletzte/r	Name Adresse				Geburtsdatum	AHV-Nummer
					Zivilstand	Staatsangehörigkeit/Bewilligung
					Ausgeübter Beruf	
Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)		
1. Erstbehandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten
2. Angaben der Patientin/ des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?					
3. Allgemeinzustand	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.) b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität) c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)					
4. Befund	Röntgenbefund:					
5. Diagnose	ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): Bei HWS-Verletzung, bitte gleichzeitig ausgefüllten HWS-Fragebogen beilegen.					
6. Kausalität	a) Welche Ursachen kommen für die aktuellen Beschwerden in Frage: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> andere: welche?			b) Litt der/die Patient/in bereits vorher unter ähnlichen Beschwerden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behandlung bei		
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst? b) Schlagen Sie besondere medizinische oder nicht medizinische Massnahmen vor? c) Ist der/die Patient/in hospitalisiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wo?					
8. Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, zu		% ab		vom/bis voraussichtlich bis	
	<input type="checkbox"/> nein					
9. Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja, teilweise zu		% ab		voll ab	
	<input type="checkbox"/> nein					
10. Behandlungsabschluss	<input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich in Wochen					
11. Weitere Versicherungen	MV, IV, Suva, andere UVG Versicherer, Krankenversicherer Welche?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Weiterbehandlung	Durch wen? Name und Adresse					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes