

UVG Zwischenbericht

Schaden-Nummer

Arbeitgeber					
Verletzte/r	Name Adresse		Geburtsdatum	AHV-Nummer	
			Zivilstand	Staatsangehörigkeit/Bewilligung	
			Ausgeübter Beruf		
Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
1. Diagnose					
a) ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):					
b) Datum der letzten Konsultation:					
c) Datum der nächsten Konsultation:					
2. Verlauf					
a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):					
b) Prognose					
c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
3. Therapie					
a) Gegenwärtige Behandlung					
b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, Konsilium, usw.):					
c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?					
d) Dauer der unfallbedingten Behandlung?					
Behandlungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich in Wochen					
4. Arbeitsaufnahme					
a) Arbeitsunfähigkeit % vom bis					
% vom bis					
% vom bis					
b) Volle Arbeitsaufnahme per wann geplant: <input type="checkbox"/> bereits erfolgt am:					
c) Können konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz positiv beeinflussen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja welche? Z.B. Zuweisung geeigneter Arbeit, Arbeitswegunterstützung, Arbeitsplatzanpassung, Job-Coaching usw.?					
5. Bleibender Nachteil					
a) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
b) Wenn ja, welcher Art?					
c) Wie hoch schätzen Sie die Einschränkung des betroffenen Körperteils ein?					
6. Bemerkungen					

Sofern seit der **letzten** Zustellung von medizinischen Berichten **spezielle Untersuchungen** gemacht wurden, bitten wir um Zustellung von **Berichtskopien (Röntgen, MRI, CT, Konsilium, usw.)**, soweit Sie uns diese noch nicht gesandt haben. Besten Dank.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes