

Ärztlicher Erstbericht

Unfallversicherung



Vaudoise Allgemeine,
Versicherungs-Gesellschaft AG
Place de Milan, Postfach 120, CH-1001 Lausanne
T 0800 811 911, F 021 618 85 16
beratender.arzt@vaudoise.ch

UVG Schaden-Nummer _____
 VVG Datum/Uhrzeit des Unfalls _____

Arbeitgeber

Patient Name _____ SV-Nr. _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Arbeitspensum (Std./Tag) _____ Geschlecht Mann Frau
Ausgeübter Beruf _____ Nationalität _____

1. Erstbehandlung Datum _____ Zeit _____
Name _____ Ort _____
Fachrichtung _____

2. Angaben des Patienten Unfallhergang und Beschwerden. Rückfall ? _____

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) _____

6. Kausalität

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, Untersuchung durch den beratenden Arzt, usw.)

b) Ist der Patient hospitalisiert? Ja Nein

Wenn ja, wo?

**8. Arbeits-
unfähigkeit**

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	evtl. AUF in %	Arbeits- unfähigkeit von	Arbeits- unfähigkeit bis

Ist die Wiederaufnahme der Arbeit vor dem Wochenende möglich? Ja Nein

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab _____ zu _____ Std./Tag
voraussichtlich in _____ Wochen zu _____ Std./Tag

**9. Behandlungs-
abschluss** Ja
 Nein

am _____
voraussichtlich in _____ Wochen

10. Bemerkungen

Ort und Datum

Adresse des Arztes / der Ärztin

Unterschrift des Arztes / der Ärztin
(bei elektronischem Versand unnötig)

EAN

ZSR

T _____

E-Mail _____

Senden

Drucken