

VVG Schaden-Nummer \_\_\_\_\_  
Beginn Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1. Erst-  
behandlung Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Fachrichtung \_\_\_\_\_

2. Ursache  Krankheit  Unfall  Berufskrankheit  unbestimmt  
 Schwangerschaft Errechneter Geburtstermin \_\_\_\_\_

3. Anamnese a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Bisherige Therapien

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

d) Subjektive Angaben des Patienten

---

---

---

---

e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf?

---

---

---

---

f) Weiteres

---

---

---

---

---

**4. Objektive Befunde**

Untersuchungen und bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde

---

---

---

---

---

**5. Diagnose(n)**

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n)

**mit** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

---

---

---

---

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n)

**ohne** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

---

---

---

---

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit

---

---

---

---

**6. Andere Faktoren**

Gibt es besonder Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

**7. Therapie**

a) Gegenwärtige Behandlung

---

---

---

---

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen usw.)

---

---

---

---

c) Ist/wird des Patient hospitalisiert oder operiert?  Ja  Nein

Wenn ja, wo und wann?

---

---

---

---

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

**8. Arbeitsunfähigkeit**

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	evtl. AUF in %	Arbeitsunfähigkeit von	Arbeitsunfähigkeit 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. Daten des Konsultationen**

Daten der bisherigen Konsultationen

---

---

---

---

Nächster Termin 

---

**10. Andere Versicherer**

Sind weitere Leistungsträger beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV, Pensionskasse, usw.)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

**11. Bemerkungen**

Insbesondere in Bezug auf Förderung der Wiedereingliederung (z.B.: Erleichterung der Arbeit, Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung, andere nicht medizinische Massnahmen):

---

---

---

---

Ort und Datum

Adresse des Arztes/ der Ärztin

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

EAN

ZSR

T 

---

E-Mail 

---

**Senden**

**Drucken**