

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

GLN

Fall

Gesetz Schadennummer Beginn Arbeitsunfähigkeit

Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Arbeitspensum	<input type="text"/> Std./Tag
Nationalität	<input type="text"/>		

Arbeitgeber

Firma	<input type="text"/>	Abteilung	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<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. Ursache

Krankheit Unfall Berufskrankheit Unbestimmt

Schwangerschaft Errechnerter Geburtstermin:

3. Anamnese

a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?, Wenn ja, wo?

Ja Nein

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

c) Bisherige Therapien:

d) Subjektive Angaben des Patienten:

e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf?

f) Weiteres:

4. Objektive Befunde

Morphologisches Schadensbild:

Funktionelles Schadensbild:

Untersuchungen und bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde:

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

5. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit:

6. Andere Faktoren

Gibt es besondere 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.):

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

Ja Nein Wenn ja, wo und wann?

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name: Ort:
seit wann:
Fachrichtung:

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. Daten der Konsultationen

Daten der bisherigen Konsultationen:

Nächster Termin:

10. Andere Versicherer

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

Ja Nein Wenn ja, welche?

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

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):

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische
Übermittlung**