

Arztzeugnis UVG

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

Arbeitgeber:	Name:	
	Strasse, PLZ Ort:	
Patient:	*Vor-/ *Nachname:	SV-Nr.:
	Strasse:	*Geb.datum:
«* = zwingendes Feld»	PLZ Ort:	Beruf:
1. Erst- behandlung:	Datum:	wo: wann:
2. Angaben des Patienten:	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall ?	
3. Allgemein- zustand:	Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? wenn ja, welche	
4. Objektiver Befund:	Röntgenbefund:	
5. Diagnose:	Typ:	Code:
6. Unfallfolgen:	Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel?	

7. **Therapie:** a) Prozedere / Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.)

b) Ist der Patient hospitalisiert ?

wenn ja, wo:

8. **Arbeitsunfähigkeit:**

% bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag zu	% von:	bis:
% bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag zu	% von:	bis:
% bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag zu	% von:	bis:

9. **Behandlungsabschluss:** ja: am: _____

nein: voraussichtlich in _____ Wochen

10. **Bemerkungen:**

Leistungserbringer: * Name: _____

Strasse: _____ *GLN.: _____

«* = zwingendes Feld» *PLZ Ort: _____ ZSR: _____

eMail: _____ Telefon: _____

Bearbeiter: Name: _____

falls abweichend zu Leistungserbringer

Datum: _____ Unterschrift: _____

bei elektronischer Einsendung unnötig

<p>Elektronische Übermittlung</p> <p>Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.</p>	
---	--

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zusatzfeld: