

## Arztzeugnis UVG

Schaden-Nummer:

Unfalldatum/-zeit:

**Arbeitgeber:**

**Patient:**

Vor-/Nachname:

SV-Nr./AHV-Nr.:

Strasse:

Geburtsdatum:

PLZ Ort:

Geschlecht:

**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?

Folgen

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

b) Ist der Patient hospitalisiert ?  
wenn ja, wo:

<b>8. Arbeitsunfähigkeit:</b>	% 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:**

Datum: \_\_\_\_\_ Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
bei elektronischer Einsendung unnötig

GLN:

ZSR:

Tel.:

Mit nebenstehendem Knopf «**Daten senden**» können Sie das Formular elektronisch der Suva schicken.