

Ärztlicher Zwischenbericht

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

Arbeitgeber:	Name:	
	Strasse, PLZ Ort:	
Patient:	*Vor-/ *Nachname:	SV-Nr.:
	Strasse:	*Geb.datum:
«* = zwingendes Feld»	PLZ Ort:	Beruf:
1. Diagnose:	Typ:	Code:
2. Verlauf:	a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv)	
	b) Prognose	
	c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? wenn ja, welche	

3. Therapie: a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.):

c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung?

4. Arbeitsaufnahme: a) Wiederaufnahme der Arbeit zu _____ % seit/vorgesehen auf _____

b) Sollen wir uns beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit verwenden?

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten ?
wenn ja, welche _____

5. Bemerkungen:

Leistungs- erbringer:	* Name:	
	Strasse:	*GLN.:
« * = zwingendes Feld»	*PLZ Ort:	ZSR:
	eMail:	Telefon:
Bearbeiter:	Name:	
<small>falls abweichend zu Leistungserbringer</small>		
	Datum:	Unterschrift: _____ <small>bei elektronischer Einsendung unnötig</small>

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.

Zusatzfeld: