

Ärztlicher Zwischenbericht

Schaden-Nummer:

Unfalldatum/-zeit:

Arbeitgeber:

Patient:

Vor-/Nachname:

SV-Nr./AHV-Nr.:

Strasse:

Geburtsdatum:

PLZ Ort:

Geschlecht:

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:	

Datum: _____ Arzt/Ärztin: _____

Unterschrift: _____ GLN: _____ ZSR: _____ Tel.: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

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