Versicherung auswählen...

GLN

# Fall

Gesetz Schadennummer Beginn Arbeitsunfähigkeit

KVG

# Patient

Name Strasse Geschlecht

Geburtsdatum Ausgeübter Beruf Nationalität

# Arbeitgeber

Firma Strasse Tel.

# Erstbehandlung

Datum Name

{arztname}

Vorname PLZ / Ort Tel.

Mail Arbeitspensum

Std./Tag

Abteilung PLZ / Ort Mail

Zeit Ort

{fachrichtung}

Fachrichtung

# Ursache

Krankheit Unfall Berufskrankheit

Unbestimmt

Schwangerschaft Errechneter Geburtstermin:

# Anamnese

* 1. Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

{A\_1}

* 1. War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?,Wenn ja, wo?  Ja  Nein
  2. Bisherige Therapien:

{A\_3}

* 1. Subjektive Angaben des Patienten:

{B\_1}

* 1. Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf?

{B\_2}

* 1. Weiteres:

{B\_3}

# Objektive Befunde

Morphologisches Schadensbild:

{C\_1}

Funktionelles Schadensbild:

{C\_2}

Untersuchungen und bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde:

{C\_3}

# Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

**mit** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

{D\_1}

**ohne** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

{D\_2}

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit:

{D\_3}

# 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?

{E\_1}

# Therapie

* 1. Gegenwärtige Behandlung:

{F\_1}

* 1. Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.):
  2. Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

Ja Nein Wenn ja, wo und wann?

{F\_3}

* 1. Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten? Name:

{F\_4}

Ort:

seit wann: Fachrichtung:

# Arbeitsunfähigkeit

Datum der

Zumutbare Belastbarkeit

Zumutbare

Evtl. AUF

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit

Erstellung

(% der üblichen Belastung)

Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)

in %

von

bis

Ist die Wiederaufnahme der Arbeit vor dem Wochenende möglich? Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: 

voraussichtlich in: Wochen

Ja  Nein

zu  Std./Tag

zu Std./Tag

# Daten der Konsultationen

Daten der bisherigen Konsultationen:

{H\_1}

Nächster Termin:

# Andere Versicherer

{H\_1}

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

Ja Nein Wenn ja, welche?

{I\_1}

# Bemerkungen

Insbesondere in Bezug auf Förderung der Wiedereingliederung (z.B.: Erleichterung der Arbeit, Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung, andere nicht medizinische Massnahmen):

{J\_1}

Arzt/Ärztin

{arztname}  
{fachrichtung}

Telefon

GLN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| {telefon} | Fax  ZSR | {fax} |
| {gln} | {zsr} |
| {email} | | |

eMail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische Übermittlung**

**Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!**