Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Versicherung auswählen...

GLN

Fall

Gesetz KVG Schadennummer Beginn Arbeitsunfähigkeit

Patient

Name Vorname
Strasse PLZ / Ort
Geschlecht Tel.
Geburtsdatum Mail
Ausgeübter Beruf Arbeitspensum Std./Tag
Nationalität

Arbeitgeber

Firma Abteilung
Strasse PLZ / Ort
Tel. Mail

1. Erstbehandlung

Datum Zeit
Name Ort
Fachrichtung

2. Ursache

◯ Krankheit ◯ Unfall ◯ Berufskrankheit ◯ Unbestimmt

◯ Schwangerschaft Errechneter Geburtstermin:

3. Anamnese

a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?,Wenn ja, wo? ◯ Ja ◯ Nein

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

c) Bisherige Therapien:

d) Subjektive Angaben des Patienten:

e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf?

f) Weiteres:

4. Objektive Befunde

Morphologisches Schadensbild:

Funktionelles Schadensbild:

Untersuchungen und bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde:

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

5. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit:

6. 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?

7. Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.):

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wo und wann?

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name:

Ort:

seit wann:

Fachrichtung:

8. Arbeitsunfähigkeit

Datum der Erstellung	Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	Evtl. AUF in %	Arbeitsunfähigkeit von	Arbeitsunfähigkeit bis

Ist die Wiederaufnahme der Arbeit vor dem Wochenende möglich? ◯ Ja ◯ Nein

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag

voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

9. Daten der Konsultationen

Daten der bisherigen Konsultationen:

Nächster Termin:

10. Andere Versicherer

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

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche?

Ärztlicher Erstbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

11. Bemerkungen

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

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

GLN

ZSR

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)!