

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:					
8. Arbeitsunfähigkeit:	%	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.