

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

<b>Arbeitgeber:</b>		Name:	
		Strasse, PLZ Ort:	
<b>Patient:</b>	*Vor- / *Nachname:	SV-Nr.:	
	Strasse:	*Geb.datum:	
«* = zwingendes Feld»	PLZ Ort:	Beruf:	
<b>1. Erst- behandlung:</b>	Datum:	wo:	wann:
<b>2. Angaben des Patienten:</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall ?		
<b>3. Allgemein- zustand:</b>	Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? wenn ja, welche		
<b>4. Objektiver Befund:</b>	Morphologisches Schadensbild:		
	Funktionelles Schadensbild:		
	Bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde:		
<b>5. Diagnose:</b>	Typ:	Code:	

Erstbefund

<b>6. Unfallfolgen:</b>	Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel?					
<b>7. Therapie:</b>	a) Prozedere / Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.)					
	b) Ist der Patient hospitalisiert ?					
	wenn ja, wo:					
<b>8. Arbeitsunfähigkeit:</b>	%	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:
<b>9. Behandlungsabschluss:</b>	ja:	am:				
	nein:	voraussichtlich in	Wochen			
<b>10. Bemerkungen:</b>						
<b>Leistungserbringer:</b>	* Name:					*GLN.:
	Strasse:					ZSR:
«* = zwingendes Feld»	*PLZ Ort:					Telefon:
	eMail:					
<b>Bearbeiter:</b>	Name:					
	falls abweichend zu Leistungserbringer					
	Datum:			Unterschrift: _____		
						bei elektronischer Einsendung unnötig

### Elektronische Übermittlung

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

Zusatzfeld: