

## 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

<b>3. Therapie:</b>	a) Gegenwärtige Behandlung:
	b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.):
	c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?
	d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung?
<b>4. Arbeitsaufnahme:</b>	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
<b>5. Bemerkungen:</b>	

Datum: \_\_\_\_\_ Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ GLN: \_\_\_\_\_ ZSR: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
bei elektronischer Einsendung unnötig

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