

Versicherten-Nr.:
Krankheits-/Unfall-Datum:

<b>Versicherter:</b>	Sozialversicherungs-Nr.:	Geburtsdatum / Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Name:	Vorname:	E-Mail:
Strasse & Nr.:	PLZ:	Wohnort:

<b>Arbeitgeber:</b>	Name:
Strasse, PLZ Ort:	
Beruf:	

<b>1. Diagnose:</b>	Typ:	Code:

<b>2. Verlauf:</b>	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

**3. Therapie:**

a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.):

c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung?

**4. Arbeitsaufnahme:**

a) Wiederaufnahme der Arbeit zu \_\_\_\_\_ % seit/vorgesehen auf \_\_\_\_\_

b) Sollen wir uns beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit engagieren? \_\_\_\_\_

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? \_\_\_\_\_  
wenn ja, welcher \_\_\_\_\_

d) Teilarbeitsfähigkeit? \_\_\_\_\_ wenn nein, warum: \_\_\_\_\_

**5. Bemerkungen:**

<b>Leistungserbringer:</b>	Name: _____	GLN.: _____
	Strasse: _____	ZSR: _____
	PLZ Ort: _____	Telefon: _____
	eMail: _____	
<b>Bearbeiter:</b>	Name: _____	
<small>falls abweichend zu Leistungserbringer</small>		
	Datum: _____	Unterschrift: _____ <small>bei elektronischer Einsendung unnötig</small>

**Elektronische Übermittlung**

Mit dem Knopf «Daten absenden» senden Sie das aktuelle Formular rechtsgültig an die MV.

Zusatzfeld:

A large, empty grey rectangular area intended for additional information or notes, occupying the majority of the page's content space.