

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

Arbeitgeber:		Name:	
		Strasse, PLZ Ort:	
Patient:	*Vor- / *Nachname:	SV-Nr.:	
	Strasse:	*Geb.datum:	
«* = zwingendes Feld»	PLZ Ort:	Beruf:	
1. Erstbehandlung:	Datum:	wo:	wann:
2. Angaben des Patienten:	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall ?		
3. Allgemeinzustand:	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?		

Erstbefund

Zusatzfeld: