

# Ärztlicher Zwischenbericht

# suva

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

**Arbeitgeber:** Name:  
Strasse, PLZ Ort:

**Patient:** \*Vor-/ \*Nachname: SV-Nr.:  
Strasse: \*Geb.datum:  
«\* = zwingendes Feld» PLZ Ort: Beruf:

**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

**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 verwenden?

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

**5. Bemerkungen:**

<b>Leistungs- erbringer:</b>	* Name:	
	Strasse:	*GLN.:
« * = zwingendes Feld»	*PLZ Ort:	ZSR:
	eMail:	Telefon:
<b>Bearbeiter:</b>	Name:	
<small>falls abweichend zu Leistungserbringer</small>		
	Datum:	Unterschrift: _____ <small>bei elektronischer Einsendung unnötig</small>

**Elektronische Übermittlung**

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

Zusatzfeld: