

Falldossier-Nr.: _____ Unfalldatum /-zeit: _____

VERSICHERUNGSNEHMER

Name _____ Postleitzahl / Ort _____
Strasse, Nr. _____ Telefon / Fax _____

VERSICHERTER

Name _____ Geschlecht männlich weiblich
Vorname _____ AHV- /SV-Nr. _____
Strasse, Nr. _____ Geburtsdatum _____
Postleitzahl / 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)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden

3 THERAPIE

a) Gegenwärtige Behandlung

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, bildgebende Abklärungen, Untersuchung beratender Arzt 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? Ja Nein

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

5 BEMERKUNGEN

Ort/Datum _____

Unterschrift/Stempel _____