

Erstes ärztliches Zeugnis Unfallversicherung UVG

Adresse Arzt/Klinik

Patient:

Referenz-Nummer:

Geburtsdatum:
SV-Nr./AHV-Nr.
Ausgeübter Beruf:
Arbeitspensum:

Sachbearbeiter/in:

Ereignis vom:

1. **Erstbehandlung:** Datum: Zeit: Ort: Name: Fachrichtung:

2. **Angaben des Patienten:** Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall? Wann und in welcher Art hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

3. **Allgemeinzustand:**

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können? (frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)?

Ja, welche? Nein

4. **Objektive Befunde:**

Röntgenbefund

5. **Diagnose:** ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

6. **Unfallfolgen:** Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel? Ja Nein

7. **Therapie:** a) Prozedere / Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, vertrauensärztliche Untersuchung, etc.)

b) Ist oder war der Patient hospitalisiert?

Wenn ja, wo? Nein

8. **Arbeitsunfähigkeit:**

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Stunden/Tag)	Effektive AUF in %	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag

voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

Ist die Wiederaufnahme der Arbeit vor dem Wochenende möglich? Ja Nein

9. Behandlungsabschluss: Gilt dieses Zeugnis als **Schlusszeugnis**?

Ja

am:

Nein

voraussichtlich in:

Wochen

10. Bemerkungen:

Ort und Datum:

KSK-Nummer:

Stempel und
Unterschrift des
Arztes/der Ärztin