

Ärztliches Folgezeugnis Unfallversicherung UVG



Adresse Arzt/Klinik

Patient:

Referenz-Nummer:

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

Arbeitspensum:

Sachbearbeiter/in:

Ereignis vom:

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

2. Therapie: a) Gegenwärtige Behandlung

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, versicherungsmedizinische Untersuchung):

c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung?

3. 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, welche? Nein

4. Arbeitsunfähigkeit: a) Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)?

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

4. **Arbeitsunfähigkeit:** b) Können konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz positiv beeinflussen? Ja, welche? Nein
(z.B. Zuweisung geeigneter Arbeit, Arbeitswegunterstützung, Arbeitsplatzanpassung, Job-Coaching usw.)

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? Ja, welcher und in welchem Ausmass? Nein

5. **Bemerkungen:**

Ort und Datum:

KSK-Nummer:

Stempel und
Unterschrift des
Arztes/der Ärztin