

Erstes ärztliches Zeugnis



Behandelnder Arzt: _____

Versicherung gemäss UVG: Ja Nein

Referenz-Nummer	Patient/in Geburtsdatum:	Ereignis vom:	Sachbearbeiter/in
-----------------	-----------------------------	---------------	-------------------

Sollte der Patient/die Patientin bereits wieder arbeitsfähig sein, bitten wir Sie, nur die Fragen **1, 2, 3b** und **6** auf diesem Formular zu beantworten.
Für allfällige Bemerkungen und Vorschläge verwenden Sie bitte die Rückseite oder ein Zusatzblatt.

1. **Beginn** der medizinischen Behandlung:

2. **Befunde:** **Diagnose:**

3.a) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden gemäss Patient/in erstmals manifestiert (**kurze Anamnese**)?
Falls Unfall: Datum / Unfallhergang?

3.b) War der Patient/die Patientin wegen **dieses Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung**?
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt/welcher Ärztin?

4. Haben **andere Faktoren** (z.B. frühere Krankheiten oder Unfälle, Gebrechen, Suchtverhalten) Einfluss auf dieses Leiden? Wenn ja, welche?

5. Art der **Behandlung**? Durch wen?
Bei allfälliger stationärer Behandlung: Spital? vom bis

6. **Arbeitsunfähigkeit** als (Anstellungsgrad %)
..... % vom bis % vom bis
Wann kann mit einer Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden?
Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? Ja Nein

7. Könnte die Wiederaufnahme der Arbeit oder die Steigerung der Arbeitsfähigkeit mit **nichtmedizinischen Massnahmen** gefördert werden (z.B. Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung)?
 Ja Nein Wenn ja, mit welchen und in welchem **Ausmass**?

8. Gilt dieses Zeugnis als **Schlusszeugnis**? Ja Nein
Falls Nein, wann liegen voraussichtlich neue Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Patienten/Ihrer Patientin vor, welche die Einforderung eines **nächsten Arzteugnisses sinnvoll** machen?

9. Sind **weitere Leistungsträger** beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV etc.)? Wenn ja, welche?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Geht an: Arzt → untenerwähnte Vertretung