

# Arztbericht

## Vertrag

---

Arbeitgeber

Fallnummer

## Versicherte Person

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ereignis vom

Beruf

## Erstbehandlung

---

Datum:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Während der Sprechstunde

Ausserhalb der Sprechstunde

Am Unfallort

In der Wohnung der versicherten Person

## Angaben der versicherten Person

---

Unfallhergang, Beschwerden

Rückfall?

ja

nein

## Allgemeinzustand

---

Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)

ja

nein

Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)



Litt die versicherte Person früher unter ähnlichen Beschwerden?

ja

nein

### **Befund**

---

Röntgenbefund / MRI Befund

### **ICD-Code und Diagnosebeschreibung**

---

### **Kausalität**

---

Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?

ja

nein

Wenn nein, bitte begründen:

### **Therapie**

---

Was haben Sie bisher veranlasst?

---

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

ja

nein



Ist der Patient hospitalisiert?

ja

nein

Wenn ja, wo?

### Arbeitsunfähigkeit

---

Wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grad und Dauer

\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Arbeitsaufnahme

---

Grad und Dauer

\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Behandlungsschluss

---

ja am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nein - voraussichtlich in \_\_\_\_\_ Wochen

---

**Ort und Datum**

**Unterschrift und Stempel des Arztes**

---

**Hinweis:** Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an die nachfolgende Adresse:

**Vertraulich, Medizinischer Dienst, elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich**

Bei **Fragen** ist das Claims Management erreichbar unter **T +41 44 215 45 40** oder **claims.ch@elipslife.com**

