

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 ERSTBEHANDLUNG

Datum _____ Wo _____
 Wann _____

2 ANGABEN DES VERSICHERTEN

Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?

3 ALLGEMEINZUSTAND

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können

(z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

4 OBJEKTIVER BEFUND

Röntgenbefund, Befund bildgebende Abklärungen. Allfällige Berichte sind beizulegen.

5 **DIAGNOSE** Typ _____ Code _____

Bitte wenden

