

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**

