

Arztzeugnis UVG

[Redacted]		Schaden-Nummer: [Redacted]
[Redacted]		Schaden-Datum: 11.02.2024
Arbeitgeber:	Name: [Redacted]	
	Strasse, PLZ Ort: [Redacted]	
Patient:	*Vor- / *Nachname: [Redacted]	
	Strasse: [Redacted]	*Geb.datum: [Redacted] 999
* = zwingendes Feld	PLZ Ort: [Redacted]	Beruf: [Redacted]
1. Erstbehandlung:	Datum: 12.2.24	Wo: [Redacted]
2. Angaben des Patienten:	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall? → siehe Bericht MFA Praxis 12.2.24	
3. Allgemeinzustand:	Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)? <u>nein</u> wenn ja, welche:	
4. Objektiver Befund:	Morphologisches Schadensbild: Funktionselles Schadensbild: } siehe Bericht 12.2.24 (Anlage) } aktuell Haus 18.3.24: Besserung Beweglichkeit Hals - noch starker musk. Halsraum - Schulterschmerz bei Haus Flexion noch schnell auslösend	
Bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde:		
5. Diagnose:	Typ:	Code:
HWS Dislokation 12.2.24 Schulterschmerz rechts 12.2.24 Thoraxkontusion 12.2.24		

erstbetragt

Arztzeugnis UVG

6. Unfallfolgen: Sind die unter Ziffer 4 erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und erscheinen plausibel? ☐ ja ☒ nein

7. Therapie: a) Prozedere / Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, kreisärztliche Untersuchung usw.)

- Sono Absoluten bei Hydrothorax
→ blaud 23.2.24
(siehe BERICHT)

- Physiotherapie, Analgesie

b) Ist der Patient hospitalisiert?

☒ nein

wenn ja, wo:

8. Arbeits- unfähigkeit:	<input checked="" type="checkbox"/>	%	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag zu 100 %	von: 12.2	bis: 20.3.24
	<input checked="" type="checkbox"/>	%	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag zu 80 %	von: 21.3	bis: 16.4.24
	<input checked="" type="checkbox"/>	%	bei Teilarbeitsfähigkeit kleiner 100%:	h/Tag zu %	von:	bis:

9. Behandlungs-
abschluss: ja: am:
nein: voraussichtlich in 12 Wochen

10. Bemerkungen:

außer BERICHT 12.2.
Sono Absoluten 23.2.24

Leistungs-
erbringer:

*Name:

Strasse:

* = zwingendes Feld

*PLZ Ort:

eMail:

Bearbeiter:

Name:

falls abweichend zu Leistungserbringer

Datum:

25.3.24