|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«D\_agenceAdr1»**«D\_agenceAdr2»«D\_agenceAdr3»«D\_agenceAdr4»«D\_agenceNoTel»«D\_agenceNoFax»leistungen\_pvnl@vaudoise.ch**Zuständig:**«MF\_Collaborateur»«telephone» | «confidentiel»«idDocument»/«idTemplate»/«timeStamp»/2

|  |
| --- |
| **«PP»** «X\_destPP» |

«EnteteAdresse» «noAgence»«D\_destAdr1»«D\_destAdr2»«D\_destAdr3»«D\_destAdr4»«D\_destAdr5»«D\_docLieu», «D\_docDate» |

**I/Ref.: «reference»**

**Dossier-Nummer: «nodossier», Ereignis vom «datesinistre»**

**Versicherungsnehmer: «nomPreneur», Police Nr. «npa» «branche»**

**Versicherte Person: «lesePrincipalNom» «lesePrincipalPrenom», «lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»

Im vorliegenden Fall haben Sie die obgenannte Person ärztlich betreut.

Wir bitten Sie, uns über den Verlauf zu orientieren. Der Bericht erübrigt sich, wenn die Behandlung bereits abgeschlossen ist oder in den nächsten Tagen abgeschlossen werden kann. Trifft dies zu, so sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns das leere Formular mit einem entsprechenden Vermerk zurücksenden oder Ihre Honorarrechnung sofort einreichen.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Freundliche Grüsse |  |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne1» | «sign1\_raisonSocialeLigne1» |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne2» | «sign1\_raisonSocialeLigne2» |
|  | {signature#2#}«sign2\_nomSignataire» | {signature#1#}«sign1\_nomSignataire» |

 |

**Dossier-Nummer: «nodossier», Ereignis vom «datesinistre»**

**Verischerte Person: «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

**Zuständig: «MF\_Collaborateur»**

**Ärztlicher Zwischenbericht (UVG)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Diagnose
 |  |
|  |  |
| 1. Verlauf
 | a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):b) Spielen im Heilungsverlauf unfallfremde Faktoren mit? [ ] ja [ ] nein Wenn ja, welche? |
|  |  |
| 1. Therapie
 | a) Gegenwärtige Behandlung:b) Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, Untersuchung durch beratenden Arzt usw.):c) In welchen Abständen finden Beratungen statt?d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung? |
|  |  |
| 1. Arbeits- aufnahme
 | a) Wiederaufnahme der Arbeit zu % seit vorgesehen aufb) Sollen wir uns beim Arbeitgeber um Zuweisung geeigneter Arbeit verwenden? [ ] ja [ ] nein c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? [ ] ja [ ] nein Wenn ja, welcher Art? |
|  |  |
| 1. Bemerkungen
 |  |

 Ort und Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes: