

Ärztlicher Zwischenbericht

Krankenversicherung / Krankentaggeld

KVG

VVG

Schaden-Nummer:

Beginn Arbeitsunfähigkeit:

Arbeitgeber

Patient

Vorname:	SV-Nr.:	
Nachname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Ausgeübter Beruf:	Arbeitspensum:	Std./Tag

1. Objektive Befunde

Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen):

2. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

mit

Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ohne

Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit:

3. Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung:

b) Prozedere/Vorschläge zur weiteren Behandlung:

c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

Ja

Nein

Wenn ja, wo und wann?

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name:	Ort:
Fachrichtung:	Seit wann:

4. Verlauf

a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):

b) Prognose:

5. Andere Faktoren

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf und die Wiederaufnahme der Arbeit ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

6. Arbeitsunfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)?

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag):	Evtl. AUF in %:	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:

Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? Ja Nein

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: _____ zu Std./Tag

voraussichtlich in: _____ Wochen zu Std./Tag

- 7. Arbeitsfähigkeit** nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- a) Wird die aktuelle Tätigkeit aus med. Sicht noch zumutbar sein? Ja Nein
- b) Wird die Ausübung **der aktuellen Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung** zumutbar sein? Ja Nein
- c) Wird **eine angepasste Tätigkeit** aus med. Sicht zumutbar sein? Ja Nein

Wenn ja (bei a, b oder c):

Welches ist das Belastungsprofil und welche sind die notwendigen Anpassungen?

ab dem:		zu	Std./Tag	zumutbare Belastbarkeit: %

- 8. Second opinion** Wäre eine konsiliarfachärztliche Beurteilung sinnvoll? Ja Nein

- 9. Integrationsmassnahmen** Können zusätzliche konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen? Ja Nein

Wenn ja: Mit welchen Massnahmen können wir die versicherte Person Ihrer Meinung nach unterstützen?

- Medizinische Massnahmen?
- Berufliche Massnahmen (z.B. Arbeitswegunterstützung, Job Coaching)?
- Psycho-soziale Massnahmen?

10. Bemerkungen

Ort und Datum:

Anschrift des Arztes/der Ärztin:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:
(bei elektronischer Einsendung unnötig)