|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Arzt-Kurzbericht für Diagnose und Arbeitsunfähigkeit**  **Krankentaggeld / Unfalltaggeld** | | **KTG**  **UVG** | Schaden-Nummer oder Versichertennummer: |
|  |  | | |
| **Patient** | Vorname:       Nachname:  Geburtsdatum:       Geschlecht:  Arbeitspensum:       %  Ausgeübter Beruf:  kopflastig  körperlich | | |
|  |  | | |
| **Erstbehandlung** | Datum: | | |
|  |  | | |
| **Diagnose(n)** | ICD-Code und allenfalls Diagnosebeschreibung | | |
|  |  | | |
| **Beginn Arbeitsunfähigkeit** | Datum:  Grad der AUF: | | |
|  |  | | |
| **Ende der**  **Arbeitsunfähigkeit** | Vorgesehene Wiederaufnahme der Arbeit am: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum: |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin: |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin:  (bei elektronsicher Einsendung unnötig) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EAN: |  | ZSR: |  | Tel.:  E-Mail: |