|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:      |