

# 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 elektronischer Einsendung unnötig)

EAN:

ZSR:

Tel.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_