|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit zuhanden der beratenden Ärztin / des beratenden Arztes der Lebensversicherer** | | | | Policen-Nr./ Vertrags-Nr. / AHV-Nr:    Beginn Arbeitsunfähigkeit:  Krankheit  Unfall | | |
|  |  | | | | | |
| **1. Patient** | |  |  | | --- | --- | | Vorname:  Geburtsdatum:  Adresse: | Nachname:  Geschlecht: | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **2. Beruf** | |  |  | | --- | --- | | Ausgeübte(er) Beruf(e): | Arbeitspensum:     Std./Tag     Tag/Woche  Angestellt  Selbständig  ohne Erwerbstätigkeit | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **3. Behandlung** | Ambulante Behandlung durch Sie seit wann?       bis?  Vor Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):   |  | | --- | |  |   Nach Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):   |  | | --- | |  |   Stationäre Behandlung/Kur: Wo?   |  | | --- | |  |   Von wann bis wann?  Falls Operation, welche?  Wann und wo? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **4. Anamnese** | a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert? | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | b) Subjektive Angaben des Patienten: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | c) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?  Ja  Nein | | | | | |
|  | |  | | --- | | Falls ja, wo? |   Wann? | | | | | |
|  | d) Bisherige Therapien: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | e) Bestehen frühere Erkrankungen und/oder Unfallfolgen?  Ja  Nein | | | | | |
|  | |  | | --- | | Falls ja, welche? |   Seit wann?  Wer war der behandelnde Arzt/Spital?   |  | | --- | |  |   Beeinflussen sie den Heilungsverlauf?  Ja  Nein   |  | | --- | | Falls ja, inwiefern? | | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **5. Objektive**  **Befunde** | Untersuchungen, bildgebende Befunde, Abklärungen und Austrittsberichte (bitte Kopien beilegen): | | | | | |
| |  | | --- | | Welche? |   Datum? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **6. Diagnose(n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): | | | | | |
| **mit**  Auswirkung auf  die Arbeits- fähigkeit |  | | | | | |
| **ohne**  Auswirkung auf  die Arbeits- fähigkeit |  | | | | | |
|  | Objektive Einschränkung bei den gegenwärtigen Tätigkeiten: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **7. Andere   Faktoren** | Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?  Ja  Nein | | | | | |
|  | Falls ja, welche? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **8. Therapie** | a) Gegenwärtige Behandlung und Medikation (einschliesslich Dosis): | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.): | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | c) Prognose: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **9. Arbeits-**  **unfähigkeit** | Zumutbare  Belastbarkeit  (% der üblichen  Belastung): | Zumutbare  Anwesenheit  im Betrieb  (Std./Tag): | AUF  in %: | | Arbeitsunfähigkeit  von: | Arbeitsunfähigkeit  bis: |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  | Arbeitswiederaufnahme: geplant ab:       zu     Std./Tag  voraussichtlich in:     Wochen zu     Std./Tag | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **10. Reintegration** | a) Kommt eine andere zumutbare Arbeit /Tätigkeit in Frage?  Ja  Nein | | | | | |
|  | Falls ja, welche und in welchem Umfang? | | | | | |
|  | b) Wird eine neue Arbeit / Tätigkeit bereits ausgeübt?  Ja  Nein | | | | | |
|  | Falls ja, welche? | | | | | |
|  | c) Gibt es Einschränkungen in der neuen Arbeit / Tätigkeit?  Ja  Nein | | | | | |
|  | Falls ja, welche | | | | | |
|  | d) Besteht aus medizinischer Sicht eine Einschränkung beim Führen eines   Fahrzeuges?  Ja  Nein | | | | | |
|  | Falls ja, welche? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **11. Konsultationen** | Datum der letzten Konsultation  Datum der nächsten Konsultation | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **12. Andere**  **Versicherer** | Sind weitere Leistungsträger beteiligt (Unfallversicherer,  Krankentaggeldversicherer, IV, MV, usw.)?  Ja  Nein | | | | | |
| Falls ja, welche? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **13. Bemerkungen** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum: |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin: |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin: |