|  |  |
| --- | --- |
| **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** | ZumutbareBelastbarkeit(% der üblichenBelastung): | ZumutbareAnwesenheit im Betrieb(Std./Tag): | AUFin %: | Arbeitsunfähigkeitvon: | Arbeitsunfähigkeitbis: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | 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:  |