

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 Arbeitsfähigkeit

ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

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. Arbeitsunfähigkeit

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: