

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:

EAN:

ZSR:

Tel.: _____
E-Mail: _____