

Ärztlicher Bericht

(Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen)

Name und Vorname der versicherten Person:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Auszug Krankengeschichte seit:	

Ursache der Arbeitsunfähigkeit
Diagnose:
Wann traten diesbezüglich die ersten Symptome auf?
Bei Unfall bitte Unfalldatum und Art des Unfalls angeben:
Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht? Ja Nein

Ambulante Behandlung
durch Sie vom _____ bis _____
vor Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____
nach Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____
Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patientin?
Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, weswegen? _____

Stationäre Behandlung
Wo? _____ Eintrittstag: _____ Entlassungstag: _____

Anamnese und Verlauf des Falles
Art und Dauer der Behandlung:
Medikation (einschliesslich Dosis) Ja, Dosis: Nein
Wenn ja, welche: _____
Evtl. frühere Krankheiten/Unfälle: _____

Grad und Dauer der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf auszuüben seit dem Auftreten der ersten Symptome.

(Unabhängig von der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftslage bei einem Beschäftigungsgrad von 100%)

_____	%	vom	_____	bis	_____
_____	%	vom	_____	bis	_____
_____	%	vom	_____	bis	_____
_____	%	vom	_____	bis	_____
_____	%	vom	_____	bis	_____
_____	%	vom	_____	bis	_____

Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage?

Ja

Nein

Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

seit

Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit:

_____ % vom

_____ bis

IV / Unfallversicherer (UV) / Eidg. Militärversicherung (EMV)

Ist eine Meldung (Früherfassung bei der IV) erfolgt?

Ja

Nein

Ist eine Anmeldung erfolgt?

Ja

Nein

Wenn ja, bei wem?

IV

UV

EMV

Datum der Meldung/Anmeldung:

Kann mit Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

Ja

Nein

Wenn ja, ab _____ zu _____ %

Sind berufliche Massnahmen angezeigt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und durch wen?

Bemerkungen
