

Ärztlicher Bericht

VS.24

(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