

Ärztlicher Erstbericht über die Arbeitsunfähigkeit

Private Vorsorge

1. Versicherte Person

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Policen-Nr.	<input type="text"/>

2. Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Definition Arbeitsunfähigkeit:

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Die Arbeitsunfähigkeit wird aufgrund von medizinischen Angaben beurteilt. Es ist also Aufgabe des behandelnden Arztes, nachvollziehbar festzustellen, inwiefern die versicherte Person durch Ihre gesundheitlichen Leiden eingeschränkt ist.

Auszug aus der Krankengeschichte seit:

2.1 Ursache der Arbeitsunfähigkeit? Krankheit Berufskrankheit Unfall Schwangerschaft

Krankheit	Wann genau traten die ersten Symptome auf?	Diagnosen und ICD-Codes
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfall	Unfalldatum	Art des Unfalls
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 War die versicherte Person bereits früher wegen desselben Leidens krank? Ja Nein

Wenn ja, von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 Stand die versicherte Person bereits früher wegen desselben Leidens in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name/Adresse behandelnder Arzt



2.4 War die versicherte Person bereits früher wegen desselben Leidens arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, von	bis

2.5 Handelt es sich um einen Rückfall? Ja Nein

Wenn ja, näher beschreiben

2.6 Sind die Beschwerden aufgrund der erhobenen Befunde erklärbar? Ja Nein

Wenn nein, näher beschreiben

2.7 Ist eine spezialärztliche Untersuchung angezeigt oder bereits vorgesehen? Ja Nein

Name/Adresse Arzt	Datum

3. Ambulante Behandlung

	von	bis	Datum letzte Kontrolle	
Durch Sie				
Vor Ihnen durch Dr.				seit
				seit
Nach Ihnen durch Dr.				seit
				seit

4. Stationäre Behandlung/Kur

Name/Adresse Klinik/Spital

von bis

.....
5. Anamnese

5.1 Chronologischer Verlauf, bisherige Therapie:

.....

.....

.....

.....

.....

5.2 Aktuelle Symptome/aktueller Zustand:

.....

.....

.....

.....

.....

5.3 Prognose:

.....

.....

.....

.....
6. Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

6.1 Aktuelle Medikation (einschliesslich Dosis):

.....

.....

.....

6.2 Empfehlung für die zukünftige Therapie:

.....

.....

.....



.....
7. Arbeitsunfähigkeit

7.1 Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die bisher ausgeübte Arbeit oder Tätigkeit:

%	von	bis	%	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.2 Für welche Tätigkeiten weist die versicherte Person welche Einschränkungen auf:

7.3 Gilt dieser ärztliche Bericht als Schlusszeugnis? Ja Nein

7.4 Nächstes ärztliches Zeugnis: in 4 Wochen in 3 Monaten in Wochen:

.....
8. Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit oder Tätigkeit

8.1 Kann mit einer Wiederaufnahme der Arbeit oder Tätigkeit bzw. mit der Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden? Ja Nein

Wenn ja, %, ab?

8.2 Sind berufliche Massnahmen angezeigt? Ja Nein

Wenn ja, welche, durch wen?

.....
9. Andere zumutbare Arbeit oder Tätigkeit

9.1 Kommt eine andere zumutbare Arbeit oder Tätigkeit in Frage? Ja Nein

Wenn ja, welche, in welchem Umfang?



9.2 Wird eine neue Arbeit oder Tätigkeit bereits ausgeübt? Ja Nein

Wenn ja, welche, in welchem Umfang?

9.3 Einschränkung in der neuen Arbeit oder Tätigkeit? Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

.....

10. Andere Versicherungen

Wurde der Leistungsfall einer anderen inländischen oder ausländischen Versicherungsgesellschaft gemeldet? Ja Nein

	Name/Adresse	Anmeldedatum
<input type="checkbox"/> Invalidenversicherung	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Militärversicherung	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Andere Versicherung	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

.....

11. Zusatzinformationen, Ergänzungen, Vorschläge

Arzthonorar: Kurzbericht CHF 60.– / Bericht mit mehr Angaben CHF 80.– / Besonders aufwändiger Bericht CHF 140.–

.....

12. Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	Unterschrift/ Stempel Arzt	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>
------------------	---	---------------------------------------	---

