Arbeitsunfähigkeitszeugnis (Taggeldkarte)

☐ **Unfall** * Versicherer:

☐ **Krankheit** * Schadennummer:

☐ Fall **nicht** bei der Versicherung angemeldet

* Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arbeitgeber bzw. Ihrer Versicherung nach den versicherten Leistungen!

(Versicherte) Person: Name: Vorname:

Strasse: PLZ, Ort:

Sozialversicherungs-Nr: Geschlecht: Geburtsdatum:

Arbeitgeber (Name/Adresse):

Datum der Anstellung: In gekündigter Stellung: ☐ Nein ☐ Ja, Austritt am:

Arbeitszeit der (vers.) Person: Stunden je Woche: Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche:
oder Beschäftigungsgrad in %: Bemerkungen:

Bis zur Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit:

Belastungen in der aktuellen Tätigkeit — Besonderes / Bemerkungen:

Tätigkeit vorwiegend:	Körperliche Belastung:	Geistige Anforderungen:
☐ sitzend ☐ stehend	☐ gross ☐ mittel	☐ gross ☐ mittel
☐ gehend ☐ wechselnd	☐ gering	☐ gering

Arbeitgeber:

Datum: Unterschrift:

Ansprechperson im Betrieb:

Telefon direkt:

E-Mail direkt:

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Arbeitsunfähigkeit (eintragen ab dem 1.Tag der Arbeitsunfähigkeit) Beginn ab:

Konsultation vom:	Zumutbare Arbeitsunfähigkeit: Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Zumutbare Arbeitsunfähigkeit: Anwesenheit im Betrieb (Std/Tag):	Von …	Bis …	Ev. AUF in %:	Nächste Konsultation am:	Unterschrift Arzt:

Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% ab:

Bemerkungen:

Arzt:

Meldung Früherfassung IV: ☐ empfohlen ☐ erfolgt am:

Datum: Unterschrift:

Vom behandelnden Arzt auszufüllen.
(Bei Arztwechsel soll eine neue Taggeldkarte verwendet werden)

Die im Formular gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen

medforms.40.50.10.5040.de/V100

Swiss Insurance Medicine
Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa