

Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit zuhanden der beratenden Ärztin / des beratenden Arztes der Lebensversicherer

GLN

Fall

Behandlungsgrund Krankheit Unfall

Policen-Nr. / Vertrags.Nr. / Sozialversicherungsnummer

Beginn Arbeitsunfähigkeit

1. Patient

Name

Strasse

Geschlecht

Geburtsdatum

Vorname

PLZ / Ort

Tel.

Mail

2. Beruf

Ausgeübte(r) Beruf(e)

Arbeitspensum

Std./Tag

Tag / Woche

angestellt

selbstständig

ohne Erwerbstätigkeit

3. Behandlung

Ambulante Behandlung durch Sie seit wann?

bis

Vor Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):

Nach Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):

Stationäre Behandlung/Kur: Wo?

[Empty text box for stationary treatment location]

Von wann bis wann? [] bis []

Falls Operation, welche? []

Wann und wo? [] []

4. Anamnese

a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

[Empty text box for onset of illness]

b) Subjektive Angaben des Patienten:

[Empty text box for subjective patient information]

c) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung? Ja Nein
Falls ja, wo?

[Empty text box for previous treatment location]

Falls ja, wann? []

d) Bisherige Therapien:

[Empty text box for previous therapies]

e) Bestehen frühere Erkrankungen und/oder Unfallfolgen?

Ja

Nein

Falls ja, welche?

Falls ja, seit wann?

Falls ja, wer war der behandelnde Arzt/Spital?

Falls ja, beeinflussen sie den Heilungsverlauf?

Ja

Nein

Falls ja, inwiefern?

5. Objektiv

Untersuchungen, bildgebende Befunde, Abklärungen und Austrittsberichte (bitte Kopien beilegen):

Befunde

Welche?

Datum

6. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

mit

Auswirkung
auf die
Arbeits-
fähigkeit

ohne

Auswirkung
auf die
Arbeits-
fähigkeit

Objektive Einschränkungen bei den gegenwärtigen Tätigkeiten:

7. Andere Faktoren

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?

Ja

Nein

Falls ja, welche?

8. Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung und Medikation (einschliesslich Dosis):

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.):

c) Prognose:

9. Arbeitsunfähigkeit

Datum der Erstellung	Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	AUF in %	Arbeitsunfähigkeit von	Arbeitsunfähigkeit 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"/>
<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"/>

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag
voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

10. Reintegration

a) Kommt eine andere zumutbare Arbeit /Tätigkeit in Frage? Ja Nein

Falls ja, welche und in welchem Umfang?

b) Wird eine neue Arbeit / Tätigkeit bereits ausgeübt? Ja Nein

Falls ja, welche?

c) Gibt es Einschränkungen in der neuen Arbeit / Tätigkeit? Ja Nein

Falls ja, welche?

d) Besteht aus medizinischer Sicht eine Einschränkung beim Führen eines Fahrzeuges? Ja Nein

Falls ja, welche?

11. Konsultationen

Datum der letzten Konsultation

Datum der nächsten Konsultation

12. Andere Versicherer

Sind weitere Leistungsträger beteiligt (Unfallversicherer, Krankentaggeldversicherer, IV, MV, usw.)?

Ja

Nein

Falls ja, welche?

13. Bemerkungen

Arzt/Ärztin
Anschrift

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift _____

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische
Übermittlung**