|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Zwischenbericht**  **Krankenversicherung / Krankentaggeld** | | **KVG VVG** | Schaden-Nummer:  Beginn Arbeitsunfähigkeit: | | |
|  | |  |  | | |
| **Arbeitgeber** |  |  |  | | |
|  |  |  |  | | |
| **Patient** | Vorname: SV-Nr.:  Nachname: Geburtsdatum:  Ausgeübter Beruf: Arbeitspensum: | | | Geschlecht: Std./Tag |  |
| **1. Objektive Befunde** | Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen):  {A\_1} | | | | |
| **2. Diagnose(n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): | |  | | |
| **mit** Auswirkung auf die Arbeitsun- fähig keit | {B\_1} |  |  | | |
| **ohne** Auswirkung auf die Arbeitsun- fähig keit | {B\_2} |  |  | | |
| Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit: | | | | | |
| {B\_3} | | | | | |
| **3. Therapie** | a) Gegenwärtige Behandlung: |  |  | | |
|  | {C\_1} |  |  | | |
|  | b) Prozedere/Vorschläge zur weiteren Behandlung: | | | | |
|  | {C\_2} | | | | |
|  | c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert? | | | Ja | Nein |
|  | {C\_3} |  |  | | |

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Ort:

Seit wann:

Name:

Fachrichtung:

1. **Verlauf** a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):

{D\_1}

b) Prognose:

{D\_2}

# Andere

**Faktoren**

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf und die Wiederauf- nahme der Arbeit ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld,

soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?  Ja  Nein

{E\_1}

# Arbeitsun- fähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz

{F\_1}

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zumutbare | Zumutbare |  |  | | | |  |
| Belastbarkeit | Anwesenheit | Evtl. |  | | | |  |
| (% der üblichen | im Betrieb | AUF | Arbeitsunfähigkeit | | | | Arbeitsunfähigkeit |
| Belastung): | (Std./Tag): | in %: | von: | | | | bis: |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
| Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? Arbeitswiederaufnahme: geplant ab:  voraussichtlich in: Wochen | | | | zu zu | Ja | Nein Std./Tag Std./Tag | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Arbeitsfähigkeit** nach Stabilisie- rung des Gesund- heitszustandes | 1. Wird die aktuelle Tätigkeit aus med. Sicht noch zumutbar sein? 2. Wird die Ausübung **der aktuellen Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung** zumutbar sein? 3. Wird **eine angepasste Tätigkeit** aus med. Sicht zumutbar sein?   Wenn ja (bei a, b oder c):  Welches ist das Belastungsprofil und welche sind die notwendigen Anpassungen? |  | Ja  Ja Ja | Nein  Nein Nein |
|  | {G\_1} | | | |
|  | ab dem: zu Std./Tag zumutbare Belastbarkeit: % | | | |
| **8. Second opinion** | Wäre eine konsiliarfachärztliche Beurteilung sinnvoll? | Ja |  | Nein |
| **9. Integrations- massnahmen** | Können zusätzliche konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit positiv  beeinflussen? Ja Nein  Wenn ja: Mit welchen Massnahmen können wir die versicherte Person Ihrer Meinung nach unterstützen?   * Medizinische Massnahmen? * Berufliche Massnahmen (z.B. Arbeitswegunterstützung, Job Coaching)? * Psycho-soziale Massnahmen? | | | |
|  | {H\_1} | | | |
|  |  | | | |
| **10. Bemerkungen** | {I\_1} | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum: |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin: |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin:  (bei elektronsicher Einsendung unnötig) |