|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Zwischenbericht** **Krankenversicherung / Krankentaggeld** | **[ ]  KVG****[ ]  VVG** | Schaden-Nummer:      Beginn Arbeitsunfähigkeit:       |
|  |  |
|  **Arbeitgeber** |       |
|  |  |
|  **Patient** | Vorname:       SV-Nr.:      Nachname:       Geburtsdatum:       Geschlecht: Ausgeübter Beruf:       Arbeitspensum:     Std./Tag |
|  |  |
| **1. Objektive** **Befunde** | Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen): |
|       |
|  |  |
| **2. Diagnose(n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): |
|  **mit**  Auswirkung auf die Arbeitsun- fähig keit |       |
|  **ohne**  Auswirkung auf die Arbeitsun- fähig keit |       |
|  | Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit: |
|  |       |
|  |  |
| **3. Therapie** | a) Gegenwärtige Behandlung: |
|  |       |
|  | b) Prozedere/Vorschläge zur weiteren Behandlung: |
|  |       |
|  | c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert? [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  | Wenn ja, wo und wann? |
|  | d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten? |
|  | Name:       Ort:      Fachrichtung:       Seit wann:       |
|  |  |
| **4. Verlauf** | a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv): |
|  |       |
|  | b) Prognose: |
|  |       |
| **5. 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 |
|  | Wenn ja, welche? |
|  |  |
| **6. Arbeitsun-** **fähigkeit am** **aktuellen** **Arbeitsplatz** | Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)? |
|       |
|  |  |
|  | ZumutbareBelastbarkeit(% der üblichenBelastung): | ZumutbareAnwesenheit im Betrieb(Std./Tag): | Evtl.AUFin %: | Arbeitsunfähigkeitvon: | Arbeitsunfähigkeitbis: |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  |       |       |     |       |       |
|  | Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? [ ]  Ja [ ]  NeinArbeitswiederaufnahme: geplant ab:       zu     Std./Tag voraussichtlich in:     Wochen zu     Std./Tag |
|  |  |
| **7. Arbeitsfähigkeit** nach Stabilisie- rung des Gesund- heitszustandes | a) Wird die aktuelle Tätigkeit aus med. Sicht noch zumutbar sein? [ ]  Ja [ ]  Neinb) Wird die Ausübung **der aktuellen Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung** zumutbar sein? [ ]  Ja [ ]  Neinc) Wird **eine angepasste Tätigkeit** aus med. Sicht zumutbar sein? [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja (bei a, b oder c):Welches ist das Belastungsprofil und welche sind die notwendigen Anpassungen? |
|  |       |
|  | 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 [ ]  NeinWenn 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? |
|  |       |
|  |  |
| **10. Bemerkungen** |       |

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