|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)? | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Zumutbare  Belastbarkeit  (% der üblichen  Belastung): | Zumutbare  Anwesenheit  im Betrieb  (Std./Tag): | | Evtl.  AUF  in %: | | Arbeitsunfähigkeit  von: | Arbeitsunfähigkeit  bis: |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  | Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich?  Ja  Nein  Arbeitswiederaufnahme: 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  Nein  b) Wird die Ausübung **der aktuellen Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung** zumutbar sein?  Ja  Nein  c) Wird **eine angepasste Tätigkeit** aus med. Sicht zumutbar sein?  Ja  Nein  Wenn 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  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? | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **10. Bemerkungen** |  | | | | | | |

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