

Ärztliches Folgezeugnis Krankentaggeld-Versicherung

Adresse Arzt/Klinik

Referenz-Nummer	Patient/in	Ereignis vom	Sachbearbeiter/In
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
	Geburtsdatum		
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		

Sollte der Patient/die Patientin bereits wieder arbeitsfähig sein, bitten wir Sie, nur die Fragen 1, 2, 3, 9 und 10 auf diesem Formular zu beantworten. Für allfällige Bemerkungen und Vorschläge verwenden Sie bitte die Rückseite oder ein Zusatzblatt.

1. a) Aktuelle **Diagnose**?

b) Bisheriger **Heilungsverlauf**?

c) Art der **Behandlung**?

2. Weitere behandelnde oder konsultierte **Ärzte/Ärztinnen**:

Welche **Behandlungen** erfolgten daraus und/oder werden noch durchgeführt?

3. **Arbeitsunfähigkeit** als ... bezogen auf das Arbeitspensum von %

% vom bis % vom bis

Wann kann mit einer Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden?

Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? Ja Nein

4. **Beeinträchtigen andere Faktoren** die Wiederaufnahme der Arbeit oder die **Steigerung der Arbeitsfähigkeit** Folgen **früherer Krankheiten** oder Unfälle? Ja Nein

Nichtmedizinische Gründe (z.B. familiäre, soziale, Arbeitsweg etc.)? Ja Nein

Wenn ja, welche und in welchem **Ausmass**?

5. Könnte mit einem vorübergehenden oder dauernden **firmeninternen Wechsel** der angestammten Tätigkeit oder des Arbeitsplatzes die **Arbeitsfähigkeit gesteigert** werden? Ja Nein Nicht bekannt, Abklärung notwendig

Wenn ja, welche und in welchem Rahmen?

Wenn nein, welche Gründe sprechen dagegen?

6. **Arbeitsfähigkeit** in einer der aktuellen Behinderung angepassten Tätigkeit? Tätigkeit: %

7. Ist es Ihres Erachtens sinnvoll, die Beurteilung durch einen weiteren Arzt/eine weitere Ärztin im Sinne einer **«second opinion»** zu veranlassen? Ja Nein

8. Sind **weitere Leistungsträger** beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV etc.)? Wenn ja, welche? Ja Nein

9. Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? Wenn ja, welcher? Ja Nein

10. Gilt dieses Zeugnis als **Schlusszeugnis**? Ja Nein

Falls Nein, wann liegen voraussichtlich neue Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Patienten/Ihrer Patientin vor, welche die Einforderung eines **nächsten Arztzeugnisses** sinnvoll machen?

Ort und Datum	KSK-Nummer	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>