

Erstes ärztliches Zeugnis Krankentaggeld-Versicherung nach VVG

Adresse Arzt/Klinik

Patient:

Referenz-Nummer:

Geburtsdatum:
SV-Nr./AHV-Nr.
Ausgeübter Beruf:
Arbeitspensum:

Sachbearbeiter/in:

Ereignis vom:

1. Erstbehandlung:	Datum:	Zeit:	Ort:	Name	Fachrichtung:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. **Ursache:** Krankheit: Unfall: Berufskrankheit: Unbestimmt:
Schwangerschaft: Errechneter Geburtstermin:

3. **Anamnese:** a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung? Wenn ja, wo? Nein

c) Bisherige Therapien:

d) Subjektive Angaben des Patienten:

e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf?:

f) Weiteres:

4. **Objektive Befunde:** Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen):

5. **Diagnose(n):** ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit:

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

Wenn ja, welche? Nein

Erstes ärztliches Zeugnis Krankentaggeld-Versicherung nach VVG

7. Therapie: a) Gegenwärtige Behandlung

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, versicherungsmedizinische Untersuchung):

c) Ist oder war der Patient hospitalisiert? Wenn ja, wo und wann? Nein

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name:	Ort:	Fachrichtung:	Seit wann:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

8. Arbeitsunfähigkeit: 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 (Stunden/Tag)	Effektive AUF in%	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag

Voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

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

9. Daten der bisherigen Konsultationen:

Nächster Termin:

10. Sind weitere Leistungsträger beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV etc.)? Nein Ja, welche?

11. Bemerkungen:

Ort und Datum:

KSK-Nummer:

Stempel und
Unterschrift des
Arztes/der Ärztin

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--