

Ärztliches Folgezeugnis Krankentaggeld-Versicherung nach VVG



ZURICH[®]

Adresse Arzt/Klinik

Patient:

Referenz-Nummer:

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

Sachbearbeiter/in:

Ereignis vom:

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

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

mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit::

3. 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:

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

b) Prognose:

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

Wenn ja, welche?

Nein

6. 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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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

- 7. Arbeitsfähigkeit:**
- Nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- a) Wird die aktuelle Tätigkeit aus med. Sicht noch zumutbar? Ja Nein
- b) Wird die Ausübung der aktuellen Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung zumutbar sein? Ja Nein
- c) Wird eine angepasste Tätigkeit aus medizinischer Sicht zumutbar sein? Ja Nein

Wenn ja bei a, b oder c:

Welches ist das Belastungsprofil und welches sind die notwendigen Anpassungen?

ab dem: zu Std./Tag zumutbare Belastbarkeit: %

8. Second opinion: Wäre eine konsiliarfachärztliche Beurteilung sinnvoll? Ja Nein

9. Integrationsmassnahmen: 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:	KSK-Nummer:	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>