



CSS

Versicherung

Arztbericht über Arbeitsunfähigkeit

Dieses Formular ist durch den behandelnden Arzt auszufüllen. Alle Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden.

1 Patientenangaben

Vorname	Name	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Tätigkeit	Arbeitspensum (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Medizinische Informationen

2.1 Zur aktuellen Arbeitsunfähigkeit

Krankheit Unfall Mutterschaft Rückfall Unklar

Diagnosen und ICD-Code

Datum erste Symptome

Bei Unfall: Unfalldatum und Art des Unfalles

Bei Rückfall: Beginndatum 1. Erkrankung

2.2 Status des Patienten

Grösse (cm)	Gewicht (kg)	Datum der Erhebung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapien)

Symptome und aktueller Zustand

Prognose

3 Behandlung

3.1 Ambulant

Durch Sie seit

Für die aktuelle Arbeitsunfähigkeit

Von bis Datum der letzten Kontrolle

Weitere behandelnde Ärzte

Dr. Ort (bitte Berichte beilegen)

Dr. Ort (bitte Berichte beilegen)

3.2 Stationär

Klinik/Spital

 (bitte Berichte beilegen)

Eintrittstag

Entlassungstag

3.3 Aktuelle Therapie

Art, Umfang und Frequenz der gegenwärtigen Behandlung

Aktuelle Medikation (einschliesslich Dosis)

3.4 Therapieempfehlungen (Operation, Überweisung an Facharzt, Therapien etc.)

Keine

Welche?

Wann?

Welche?

Wann?

4 Arbeitsunfähigkeit und berufliche Situation

4.1 Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (in bisher ausgeübter Tätigkeit und in Relation zum Anstellungspensum)

<input type="text"/>	% von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

4.2 Gibt es nicht-medizinische Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben? (Arbeitsumfeld, Stellenverlust, Faktoren des sozialen Umfeldes etc.)

Nein Ja

Wenn ja, welche?

4.3 Kann mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden? Nein Ja

Wenn Ja, ab wann und in welchem Ausmass?

 % ab % ab

Wenn Ja, weiter zu Punkt 5

4.4 Ist bei längerer Arbeitsunfähigkeit eine angepasste Tätigkeit zumutbar? Nein Ja

Wenn Ja, unter welchen Rahmenbedingungen (bitte genau beschreiben)?

4.5 Lassen sich Einschränkungen durch medizinische Massnahmen oder Therapien vermindern? Nein Ja

Wenn Ja, mit welchen?

4.6 Sind berufliche Massnahmen angezeigt? (Umschulung, Arbeitsplatzwechsel etc.) Nein Ja

Wenn Ja, welche?

5 Andere Versicherungen**5.1 Ist eine IV-Anmeldung vorgesehen oder bereits erfolgt?** Nein Ja

Wenn Ja, wann?

5.2 Besteht Kontakt zu anderen Versicherungen? (Arbeitslosen-, Unfall- oder Militärversicherung, Pensionskasse etc.) Nein Ja

Wenn Ja, welche?

6 Unsere zusätzlichen Fragen**7 Ihre Bemerkungen**

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift Arzt

Bitte senden an:

CSS Versicherung

Medizinischer Dienst Taggeld, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern

hin.krankentaggeld@css.ch