

Belastungsbericht

Krankentaggeld

Fallnummer

Beginn Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber

Versicherte Person

Vorname Name

Arbeitspensum

%

Geburtsdatum

Std./Woche

Ausgeübter Beruf

**1. Welche Diagnose
begründet die aktuelle
Arbeitsunfähigkeit?**

ICD-10 Diagnosecode:

**2. Welche Beschwerden
mit Auswirkung auf die
Arbeitsunfähigkeit be-
stehen?**

3. Medizinischer Befund

**4. Aktuelle Behandlung /
Behandlungsverlauf**

**5. Medikation
inkl. Dosierung**

**6. Arbeitsfähigkeit in der
aktuellen Tätigkeit**

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	AUF in %	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:
--	---	----------	-------------------------	-------------------------

Arbeitswiederaufnahme geplant ab	zu	Std./Tag
----------------------------------	----	----------

voraussichtlich in	Wochen	zu	Std./Tag
--------------------	--------	----	----------

7. Ist die aktuelle Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung /bei einem anderen Arbeitgeber zumutbar?

Nein Ja, ab dem zu Std./Tag

Zumutbare Belastbarkeit: %

Medizinische Fragen

8. Krankheitsanamnese

9. Ist/wird die versicherte Person hospitalisiert / operiert oder teilstationär behandelt?

<input type="radio"/> Operation	<input type="radio"/> stationär	<input type="radio"/> teilstationär
Wann	Wo	
<input type="radio"/> Nein		

10. Weitere involvierte Ärzte?

Fachgebiet inkl. Adresse Fachgebiet inkl. Adresse

Konsultation:

20. Welche Ressourcen sind für eine Wiedereingliederung vorhanden?

Diverse Fragen

21. War die versicherte Person mit den aktuellen Beschwerden schon früher in Behandlung und arbeitsunfähig (Rückfall)?

Ja, wann und bei wem

Nein

22. Erachten Sie eine Zweitmeinung als sinnvoll?

Ja, welche Fachrichtung? _____

Nein

23.

Datum

Anschrift des Arztes/der Ärztin

Vorname Name

Adresse

ZSR Nummer

Telefon _____ E-Mail _____

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin
(bei elektronischer Einsendung unnötig)
