

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 anderen Be-
schwerden bestehen?

3. Medizinischer Befund

4. Welche Einschränkungen
bestehen bei der
aktuellen Tätigkeit?

**5. Aktuelle Behandlung /
Behandlungsverlauf**

**6. Medikation
inkl. Dosierung**

**7. Arbeitsfähigkeit am
aktuellen Arbeitsplatz**

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
--------------------	--------	----	----------

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

Nein Ja, ab dem

Zumutbare Belastbarkeit: %

Medizinische Fragen

9. Krankheitsanamnese

10. 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		

11. Weitere involvierte Ärzte?	Fachgebiet inkl. Adresse	Fachgebiet inkl. Adresse
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Daten der Konsultation Daten der bisherigen Konsultationen	Konsultation:
	Bisherige Konsultationen:
	Neuer Termin am

13. Prognose der Arbeitsunfähigkeit	<input type="radio"/> Bereits abgeschlossen per	
	<input type="radio"/> 0 – 2 Monate	<input type="radio"/> 4 – 6 Monate
	<input type="radio"/> 2 – 4 Monate	<input type="radio"/> > 6 Monate

14. Wie ist die weitere Behandlung geplant?	Behandlungsfrequenz:

15. Bitte Beilage senden	<input type="radio"/> OP Bericht	<input type="radio"/> Sprechstundenbericht	<input type="radio"/> Austrittsbericht
	<input type="radio"/> Laborbericht	<input type="radio"/> MRI Bericht	<input type="radio"/> CT Bericht
	<input type="radio"/>		

Fragen zur Arbeitsfähigkeit

16. Bestehen nicht medizinische Gründe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?	<input type="radio"/> Ja, Auswirkungen auf die AF:
	<input type="radio"/> Nein

17. Bisheriger Therapieerfolg?	
--------------------------------	--

18. Ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich?	<input type="radio"/> Ja, ab dem _____ zu _____ % _____ Std./Tag
	<input type="radio"/> Ja, bei einem anderen Arbeitgeber ab dem _____ zu _____ % _____ Std./Tag
	<input type="radio"/> Nein, bitte begründen

19. Ist eine andere dem Krankheitsverlauf angepasste Tätigkeit möglich und zumutbar?	<input type="radio"/> Ja, ab dem _____ zu _____ % _____ Std./Tag
	<input type="radio"/> Nein, bitte begründen

20. Welche Ressourcen sind für eine Wiedereingliederung vorhanden?	
--	--

21. Welche Belastungen sind der bzw. dem Versicherten zurzeit medizinisch-theoretisch zumutbar?

- Keine Ja, zu _____ % ab dem
- Wechselbelastung am Arbeitsplatz
- Heben bis _____ kg bis zu welcher Höhe? _____ cm
-
- Tragen bis _____ kg
-
- Stehen bis _____ Stunden pro Tag
-
- Gehen bis _____ Stunden pro Tag
-
- Sitzen bis _____ Stunden pro Tag
-

Diverse Fragen

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

- Ja, wann und bei wem _____
- Nein
-

23. Erachten Sie eine Zweitmeinung als sinnvoll?

- Ja, welche Fachrichtung? _____
- Nein
-

24.

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)
