

Psychiatrischer Bericht

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 bestehen?

3. Psychopathologischer Befund

4. Aktuelle Behandlung / Behandlungsverlauf

**5. Medikation
inkl. Dosierung**

**6. Arbeitsfähigkeit in der
aktuellen Tätigkeit**

*Diese Rubrik muss von einem
Arzt/einer Ärztin ausgefüllt werden!*

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?**

*Diese Rubrik muss von einem
Arzt/einer Ärztin ausgefüllt werden!*

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, ab dem	zu	Std./Tag
	Zumutbare Belastbarkeit:	%	

Medizinische Fragen

8. Krankheitsanamnese

**9. Ist/wird die versicherte
Person hospitalisiert /
operiert oder teil-
stationär 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
--------------------------	--------------------------

11. Daten der Konsultation Daten der bisherigen Konsultationen	Konsultation: Bisherige Konsultationen: Neuer Termin am
12. Bisheriger Therapieerfolg?	
13. Wie ist die weitere Behandlung geplant?	
	Behandlungsfrequenz:
14. 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"/> Radiologie Bericht <input type="radio"/> Drogenscreening <input type="radio"/> Alkohollabor <input type="radio"/> ABCB1 Test <input type="radio"/> Bericht der neuropsychologischen Untersuchung <input type="radio"/>
Fragen zur Arbeitsfähigkeit	
15. Prognose der Arbeitsunfähigkeit <i>Diese Rubrik muss von einem Arzt/einer Ärztin ausgefüllt werden!</i>	<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
16. Welche nicht medizinische Gründe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liegen vor?	
17. Ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zum angestammten Arbeitspensum mittel- bis langfristig überhaupt noch möglich? <i>Diese Rubrik muss von einem Arzt/einer Ärztin ausgefüllt werden!</i>	<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
18. 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
19. Welche Ressourcen sind für eine Wiedereingliederung vorhanden?	

Diverse Fragen

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

Ja, wann und bei wem

Nein

21. Erachten Sie eine Zweitmeinung als sinnvoll?

Diese Rubrik muss von einem Arzt/einer Ärztin ausgefüllt werden!

Ja, welche Fachrichtung? _____

Nein

22.

Datum

Visum Psychotherapeut/Psychotherapeutin im Anordnungsmodell

Visum Arzt/Ärztin

ZSR-Nummer

Telefon

E-Mail
