

## 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 anderen Beschwerden bestehen?**

---

**3. Psychopathologischer Befund**

---

**4. Welche Einschränkungen bestehen bei der aktuellen Tätigkeit?**

---

---

**5. Aktuelle Behandlung /  
Behandlungsverlauf**

---

**6. Medikation  
inkl. Dosierung**

---

**7. Arbeitsfähigkeit am  
aktuellen Arbeitsplatz**  
*Diese Rubrik muss von einem  
Arzt/einer Ärztin ausgefüllt wer-  
den!*

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

**8. Ist die aktuelle  
Tätigkeit in einer  
anderen Arbeitsumge-  
bung / bei einem  
anderen Arbeitgeber  
zumutbar?**  
*Diese Rubrik muss von ei-  
nem Arzt/einer Ärztin ausge-  
füllt werden!*

---

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

---

## Medizinische Fragen

---

### 9. Krankheitsanamnese

---

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

- Operation                       stationär                       teilstationär
- Wann                                      Wo
- 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**  
*Diese Rubrik muss von einem Arzt/einer Ärztin ausgefüllt werden!*

- Bereits abgeschlossen per
- 0 – 2 Monate                       4 – 6 Monate
- 2 – 4 Monate                       > 6 Monate
- 

**14. Wie ist die weitere  
Behandlung geplant?**

Behandlungsfrequenz:

---

**15. Bitte Beilage senden**

- OP Bericht                       Sprechstundenbericht                       Austrittsbericht
- Laborbericht                       MRI Bericht                       CT Bericht
- Radiologie Bericht                       Drogenscreening                       Alkohollabor
- ABCB1 Test                       Bericht der neuropsychologischen Untersuchung
- 
- 

Fragen zur Arbeitsfähigkeit

---

**16. Bestehen nicht medizinische Gründe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?**

- Ja, Auswirkungen auf die AF:
- Nein
-

---

**17. Bisheriger Therapieerfolg?**

---

**18. Ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich?**

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

- 
- Ja, ab dem \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ % Std./Tag
- Ja, bei einem anderen Arbeitgeber ab dem \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ % Std./Tag
- Nein, bitte begründen \_\_\_\_\_
- 

---

**19. Ist eine andere dem Krankheitsverlauf angepasste Tätigkeit möglich und zumutbar?**

---

- 
- Ja, ab dem \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ % Std./Tag
- Nein, bitte begründen \_\_\_\_\_
- 

---

**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?**

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

- Ja, welche Fachrichtung? \_\_\_\_\_
- Nein \_\_\_\_\_
- 

**23.**

---

Datum \_\_\_\_\_

---

**Visum Psychotherapeut/Psychotherapeutin im Anordnungsmodell**

---

**Visum Arzt/Ärztin**

---

ZSR-Nummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

---