

Psychiatrischer Bericht

Krankentaggeld

Fallnummer

Beginn Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber

Versicherte Person

Vorname Name

Arbeitspensum

Std./Woche

Geburtsdatum

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

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

Medizinische Fragen

8. Krankheitsanamnese

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

- Operation stationär teilstationär
- Wann Wo
- Nein

10. Weitere involvierte Ärzte?

Fachgebiet inkl. Adresse Fachgebiet inkl. Adresse

11. Wie ist die weitere Behandlung geplant?

Behandlungsfrequenz:

12. 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

13. Bestehen nicht medizinische Gründe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

- Ja, Auswirkungen auf die AF:
- Nein

14. Bisheriger Therapieerfolg?

15. Ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich?

- Ja, ab dem zu %
- Ja, bei einem anderen Arbeitgeber ab dem zu %
- Nein, bitte begründen

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

- Ja, ab dem zu %
- Nein, bitte begründen

17. Welche Ressourcen sind für eine Wiedereingliederung vorhanden?

Diverse Fragen

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

Ja, wann und bei wem

Nein

19. Erachten Sie eine Zweitmeinung als sinnvoll?

Ja, welche Fachrichtung? _____

Nein

20.

Datum

Anschrift des Arztes/der Ärztin und ZSR Nummer

Unterschrift des Psychiaters

Telefon _____

E-Mail _____

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