

Belastungsbericht

| 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. Medizinischer Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Welche Einschränkungen bestehen bei der aktuellen Tätigkeit? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Aktuelle Behandlung / Behandlungsverlauf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Medikation inkl. Dosierung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Arbeitsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)</th> <th>Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)</th> <th>AUF in %</th> <th>Arbeitsunfähigkeit von:</th> <th>Arbeitsunfähigkeit bis:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung) | Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag) | AUF in % | Arbeitsunfähigkeit von: | Arbeitsunfähigkeit bis: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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
-

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?

18. 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

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

- Ja, wann und bei wem _____
- Nein
-

20. Erachten Sie eine Zweitmeinung als sinnvoll?

- Ja, welche Fachrichtung? _____
- Nein
-

21.

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)
