

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

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)
