

Ärztlicher Erstbericht

Krankentaggeld	Fallnummer
	Beginn Arbeitsunfähigkeit
Arbeitgeber	
Versicherte Person	Name, Vorname
	Geburtsdatum Geschlecht
	Nationalität
	Arbeitspensum Std./Woche
	Ausgeübter Beruf
1 Erstbehandlung	Datum Zeit
	Name
	Ort
	Fachrichtung
2 Ursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit
	<input type="checkbox"/> Unbestimmt <input type="checkbox"/> Schwangerschaft
	Errechneter Geburtstermin
3 ICD-10 Diagnose(n) mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit	
3.1 Diagnose(n) ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit (bitte auch ICD-Code angeben)	
3.2 War die versicherte Person wegen der aktuellen Beschwerden schon früher in Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo und wann?
4 Medizinischer Befund Bitte Kopien aller Berichte beilegen (Röntgen, MRI, CT, Spitalberichte, usw.)	
Für weitere Ausführungen steht Ihnen ein Beiblatt zur Verfügung	

5 **Aktuelle Therapie und Medikation sowie weiteres Behandlungskonzept**

5.1 **Ist/wird die versicherte Person hospitalisiert oder operiert?**

Nein Ja, wo und wann?

6 **Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?**

Name

Ort

Seit wann

Fachrichtung

7 **Gibt es nicht-medizinische Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (z.B. Arbeitsumfeld, Stellenverlust, Faktoren des sozialen Umfeldes usw.)?**

Nein Ja, welche

7.1 **Ist die aktuelle Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung zumutbar?**

Nein Ja ab dem _____ zu _____ Std./Tag

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

Nein Ja
Wenn ja, welche Tätigkeiten können ausgeführt werden?

ab dem _____ zu _____ Std./Tag zumutbare Belastbarkeit %

8 Arbeitsunfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

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

9 Daten der Konsultationen

Daten der bisherigen Konsultationen

Nächster Termin

10 Andere Versicherer

Sind weitere Leistungsträger beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV, Pensionskasse, usw.)?

Nein Ja, welche?

11 Bemerkungen

Ort und Datum

Anschrift des Arztes/der Ärztin

Telefon

E-Mail

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

ZSR

IBAN

Beiblatt:

Ort und Datum

Anschrift des Arztes/der Ärztin

Telefon

E-Mail

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

ZSR

IBAN
