



CSS

Versicherung

Ärztlicher Verlaufsbericht bei Arbeitsunfähigkeit

Dieses Formular ist durch den behandelnden Arzt auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden.

1 Patientenangaben

Vorname

Name

Kundennummer

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Geburtsdatum

2 Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

Unfall

Mutterschaft

Unklar

Diagnosen und/oder ICD-Code

3 Stationäre Behandlung/Kur

Wo?

Eintrittstag

Entlassungstag

4 Status des Patienten

4.1 Symptome und aktueller Zustand

4.2 Prognose

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

Nein Ja

Welche?

5 Behandlung

5.1 Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

5.2 Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)

5.3 Empfehlungen für die zukünftige Therapie

Keine

Welche?

5.4 Überweisung an einen Facharzt

Nein Ja

Überweisungsdatum

Überweisung an (Name, Adresse)

6 Arbeitsunfähigkeit

6.1 Grad und Dauer bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit (in Relation zum Anstellungspensum)

<input type="text"/>	% vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	% vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

7 Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

7.1 Kann mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

Ja, ab wann und in welchem Ausmass? % ab % ab

Nein, wäre eine andere, dem Krankheitsverlauf angepasste, zumutbare Tätigkeit möglich? Nein Ja

Wenn ja, welche? Eine vorwiegend stehende Tätigkeit? Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit? Eine wechselbelastende Tätigkeit?

7.2 Mögliche Eingliederungsmassnahmen

7.2.1 Lassen sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern? Nein Ja

Mit welchen?

7.2.2 Sind beruflich Massnahmen (Umschulung etc.) angezeigt? Nein Ja

Welche und durch wen?

8 Kontakt mit anderen Versicherungen

8.1 Ist eine IV-Anmeldung vorgesehen oder bereits erfolgt?

Nein Ja

Wann?

8.2 Besteht Kontakt zu anderen Versicherungen? (ALV, Unfall, MV, BVG)

Nein Ja

Welche?

9 Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift Arzt

Anschrift des Versicherers:

CSS Versicherung

Medizinischer Dienst Taggeld, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern

hin.krankentaggeld@css.ch