



**VERSICHERTE PERSON**

NAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	AHV / SVN
STRASSE	PLZ / ORT

**URSACHE DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT**

DIAGNOSE

WANN TRATEN DIE ERSTEN SYMPTOME DIESBEZÜGLICH AUF?

BEI UNFALL BITTE UNFALLDATUM UND ART DES UNFALLS ANGEBEN

WURDE DER UNFALL DURCH EINE DRITTPERSON VERURSACHT?      JA                                      NEIN

**AMBULANTE BEHANDLUNG**

DURCH SIE VOM	BIS	
VOR IHNEN DURCH DR.	IN	SEIT
NACH IHNEN DURCH DR.	IN	SEIT
SEIT WANN KENNEN SIE DIE VERSICHERTE PERSON?		SEIT
IST DIE VERSICHERTE PERSON REGELMÄSSIG BEI IHNEN IN BEHANDLUNG?	JA	NEIN

FALLS JA, WESWEGEN?

**STATIONÄRE BEHANDLUNG**

WO?	EINTRITT	AUSTRITT
-----	----------	----------

**ANAMNESE UND VERLAUF DES FALLES**

ART UND DAUER DER BEHANDLUNG

MEDIKATION (INKL. DOSIERUNG)      KEINE      WELCHE

EVENTUELLE FRÜHERE KRANKHEITEN / UNFÄLLE

**GRAD UND DAUER DER UNFÄHIGKEIT, DEN BISHERIGEN BERUF AUSZÜBEN SEIT DEM AUFTRETEN DER ERSTEN SYMPTOME**

(UNABHÄNGIG VON DER ARBEITSMARKT- UND WIRTSCHAFTSLAGE BEI EINEM BESCHÄFTIGUNGSGRAD VON 100%)

%	VOM	BIS



## ARZTBERICHT

(DURCH ZUSTÄNDIGEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

### ZUMUTBARE ARBEIT

KOMMT EINE ANDERE ZUMUTBARE ARBEIT IN FRAGE?	JA	NEIN	
WIRD EINE NEUE TÄTIGKEIT AUSGEÜBT?	JA	NEIN	
FALLS JA, WELCHE?			SEIT
UNFÄHIGKEITSGRAD IN DER NEUEN TÄTIGKEIT	%	VOM	BIS

### IV / UV / EMV

IST EINE MELDUNG (FRÜHERFASSUNG) BEI DER IV ERFOLGT?	JA	NEIN	
IST EINE ANMELDUNG ERFOLGT?	JA	NEIN	
FALLS JA, BEI WEM?	IV	UV	EMV
DATUM DER MELDUNG / ANMELDUNG			

### WIEDERAUFNAHME DER BERUFSTÄTIGKEIT

KANN MIT EINER WIEDERAUFNAHME DER BERUFSTÄTIGKEIT BZW. ERHÖHUNG DER EINSATZFÄHIGKEIT GERECHNET WERDEN?	JA	NEIN	
FALLS JA	AB	ZU	%
SIND BERUFLICHE MASSNAHMEN ANGEZEIGT?	JA	NEIN	
FALLS JA, WELCHE UND DURCH WEN?			

### BEMERKUNGEN

**DEFINITION DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT:** ARBEITSUNFÄHIGKEIT IST DIE DURCH EINE BEEINTRÄCHTIGUNG DER KÖRPERLICHEN, GEISTIGEN ODER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT BEDINGTE VOLLE ODER TEILWEISE UNFÄHIGKEIT, IM BISHERIGEN BERUF ODER AUFGABENBEREICH ZUMUTBARE ARBEIT ZU LEISTEN. BEI LANGER DAUER WIRD AUCH DIE ZUMUTBARE TÄTIGKEIT IN EINEM ANDEREN BERUF ODER AUFGABENBEREICH BERÜCKSICHTIGT (ARTIKEL 6 ATSG).

### ZUSTÄNDIGER ARZT

NAME	VORNAME
STRASSE	PLZ / ORT

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

ARZTHONORAR

DAS FORMULAR IST UMGEHEND "VERTRAULICH" ZU SENDEN AN

KURZBERICHT CHF 45.-

BERICHT MIT WEITEREN ANGABEN CHF 65.-