



Mitglied

behandelnder Arzt

Die Schweizerische Ärzte-Krankenkasse benötigt Ihre persönlichen Daten zur Verwaltung Ihres Dossiers und zur Prüfung Ihrer Ansprüche. Weitere Informationen zu unseren Datenschutzmassnahmen und dazu, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und respektieren, finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).

1. Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

- Beginn der Symptome

- Erste Konsultation

- Letzte Konsultation

- Stand der Patient/die Patientin wegen gleicher
Krankheit bzw. Unfall schon in Behandlung?

ja nein

- Falls **ja**: wann und bei wem?



2. Behandlung:

- **ambulant** durch Sie seit
- vor Ihnen Dr. in seit
- weitere Ärzte: Dr. in seit
- Dr. in seit
- **stationär** / wo: von bis
- Dr.
- von bis
- Dr.

3. Bitte allenfalls Kopie der Austrittsberichte beilegen.

4. Anamnese und Verlauf des Falles:

5. Prognose:



6. Arbeitsunfähigkeit

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

- Kann mit einer Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden:

ja nein

wenn ja:

zu:	<input type="text"/>	%	ab:	<input type="text"/>
zu:	<input type="text"/>	%	ab:	<input type="text"/>

- Wie hoch ist die Arbeitsfähigkeit in einer anderen, für den Patienten/die Patientin zumutbaren beruflichen Tätigkeit?

7. Sofern eine Invalidität besteht, bitte Invaliditätsgrad angeben

%

- Wurde eine IV-Rente beantragt?

ja nein

Datum

- Wurde eine IV Verfügung erlassen?

ja nein

Datum

- Ist eine IV-Revision vorgesehen?

ja nein

Datum

8. Sonderfragen / Bemerkungen:

Datum:

Stempel und
Unterschrift: