

ARZTBERICHT

Vorbemerkungen

Aufgrund der Angaben, die uns eingangs erwähnte Person auf dem Ihnen per Post zugestellten Gesundheitsfragebogen macht, bitten wir Sie, uns den Arztbericht innert 14 Tagen ausgefüllt zu retournieren, soweit die Beurteilung von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist. Wenn deswegen einzelne Punkte offengelassen werden, bitten wir um einen Hinweis resp. eine stichwortartige Begründung.

Ihre Angaben verwenden wir zur Beurteilung, ob ein Gesundheitsvorbehalt auf überobligatorischen Risikoleistungen angebracht wird.

Für Ihre Berichterstellung danken wir Ihnen. Die Kosten stellen Sie uns nach Tarif bitte direkt in Rechnung.

Bericht für

Name, Vorname

SV-Nummer (AHV-Nummer, 13-stellig: 756.xxxx.xxxx.xx)

1.1 Ursache einer aktuellen/früheren Arbeitsunfähigkeit

Krankheit Unfall Mutterschaft unklar

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Bei psychischen Erkrankungen bitte ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben
Bestehend seit wann?

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
Bestehend seit wann? Bestehen Auswirkungen auf ein anderes Tätigkeitsfeld (z.B.Haushalt)?

1.2 Ambulante Behandlung durch Sie

von [] bis []
(dd.mm.yyyy) (dd.mm.yyyy)

Datum der letzten Kontrolle []
(dd.mm.yyyy)

Vor Ihnen durch?

[]

Nach Ihnen durch?

[]

1.3 Stationäre Behandlung / Kur

Nein

Wenn doch, wo?

[]

Eintrittstag [] Entlassungstag []
(dd.mm.yyyy) (dd.mm.yyyy)

1.4 Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie, aktuelle Symptome)

Ärztlicher Befund

[]

Prognose

[]

1.5 Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

Aktuelle Medikation (einschliesslich Dosis)

Keine

Wenn doch, welche?

[]

Prognose

[]

1.6 Medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% in beruflicher Tätigkeit während der letzten 10 Jahre:

Beruf

[]

% [] von [] bis []
(dd.mm.yyyy) (dd.mm.yyyy)

[]

1.7 Fragen zur aktuellen Tätigkeit

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen?

Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

ja nein

Wenn ja, warum, in welchem Ausmass?

1.8 Kontakt mit anderen Versicherungen (IV/MV/Unfall/andere)?

ja nein

Wenn ja, wann letztmals

(dd.mm.yyyy)

IV MV Unfall

andere, Welche?

1.9 Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge

2. Behandelnde Ärztin/Arzt, Unterschrift

Name, Vorname und genaue Adresse (Praxis, Abteilung) oder Praxisstempel

Datum, Unterschrift der Ärztin/Arzt

3. Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres vertrauensärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

