

Schaden-Nummer \_\_\_\_\_  
 VVG Beginn Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patient**

Name \_\_\_\_\_ SV-Nr. \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Arbeitszeit (Std./Tag) \_\_\_\_\_ Geschlecht  Mann  Frau  
Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

**1. Objektive Befunde**

Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Diagnose(n)**

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n)

**mit** Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ohne** Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**3. Therapie**

a) Gegenwärtige Behandlung

---

---

---

---

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.)

---

---

---

---

c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?  Ja  Nein

Wenn ja, wo und wann?

---

---

---

---

d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

---

**4. Verlauf**

a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv)

---

---

---

---

b) Prognose

---

---

---

---

---

**5. Andere  
Faktoren**

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können  
(z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

**6. Arbeits-  
unfähigkeit**

Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die gegenwärtige Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)?

am aktuellen  
Arbeitsplatz

---

---

---

---

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung)	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag)	evtl. AUF in %	Arbeits- unfähigkeit von	Arbeits- unfähigkeit bis

Ist die Wiederaufnahme der Arbeit vor dem Wochenende möglich?  Ja  Nein

Arbeitswiederaufnahme:                      geplant ab \_\_\_\_\_                      zu \_\_\_\_\_ Std./Tag  
   voraussichtlich in \_\_\_\_\_ Wochen                      zu \_\_\_\_\_ Std./Tag

**7. Arbeitsfähig-  
keit nach  
Stabilisierung  
des Gesund-  
heitszustan-  
des**

- a) Wird die gegenwärtigen Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sein?  Ja  Nein  
b) Wird die Ausübung **der gegenwärtigen Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung** zumutbar sein?  Ja  Nein  
c) Wird **eine angepasste Tätigkeit** aus medizinischer Sicht zumutbar sein?  Ja  Nein

Wenn ja (bei a, b oder c):

Mit welchem Leistungsprofil und mit welchen notwendigen Anpassungen?

---

---

---

---

ab dem: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ Std./Tag                      zumutbare Belastbarkeit: \_\_\_\_\_ %

**8. Second  
opinion**

Wäre eine fachärztliche konsiliarische Beratung sinnvoll?  Ja  Nein

**9. Integrations-  
massnahmen**

Können zusätzliche konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen?  Ja  Nein

Wenn ja: Mit welchen Massnahmen können wir Ihrer Meinung nach die versicherte Person unterstützen?

- Medizinische Massnahmen?
- Berufliche Massnahmen (z. B. Arbeitswegunterstützung, Job Coaching, usw.)?
- Psycho-soziale Massnahmen?

---

---

---

---

---

10. Bemerkungen

---

---

---

---

---

Ort und Datum

Adresse des Arztes / der Ärztin

Unterschrift des Arztes / der Ärztin  
(bei elektronischem Versand unnötig)

---

---

---

T 

---

E-Mail 

---

Senden

Drucken