

Medizinischer Fragebogen

Kundennr.

Schadenr °

Vorname und Name

Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeit seit

Anfrage vom

Adressiert an

Angaben des Arztes

1.1. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Datum des Auftretens

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

1.2. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Datum des Auftretens

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

1.3. Krankheit

Mutterschaft, voraussichtlicher Geburtstermin:

Unfall, Datum des Ereignisses:

1.4. Anamnese (in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit) :

1.5. Über welche Beschwerden beklagt sich der Patient zurzeit?

1.6. Können die Beschwerden objektiviert werden?

Nein

Ja. Beschreibung der objektiven Elemente der physischen Untersuchung und der Abklärungen:

Bitte Kopie der entsprechenden Berichte beilegen.

1.7. Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm aktuelle Blutdruckwerte: _____

1.8. Gegenwärtige Symptome mit jeweiligem Schweregrad (L = leicht, M = mittel, S = stark): L M S

| | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.9. Objektive Einschränkungen im Beruf oder im Arbeitsbereich des Patienten:

1.10 Würde die Arbeitsfähigkeit Ihres Patienten durch eine andere Arbeitsstelle, oder gegebenenfalls auch bei einem anderen Arbeitgeber, positiv beeinflusst werden?

Nein Ja. Ab wann und zu welchem Prozentsatz? _____

2.1. Medikamente (Name – Dosierung):

2.2. Musste sich der Patient einer der folgenden Massnahmen unterziehen, oder sind solche vorgesehen?

a) Untersuchungen oder Tests Nein Ja. Welche und wann?

b) eine Operation Nein Ja. Welche und wann?

c) andere Behandlungen Nein Ja. Welche?

d) ein Spitalaufenthalt Nein Ja. Ort und Datum:

Bitte Kopie der entsprechenden Berichte beilegen

2.3. Konsultation bei einem Spezialisten: Nein Ja. Bitte präzisieren:

2.4. Daten der Konsultationen im Zusammenhang mit der laufenden Arbeitsunfähigkeit:

2.5. Nächste Konsultation:

2.6. Mitwirkung des Patienten bei der Behandlung: ausgezeichnet mittelmässig schlecht

3.1. Perioden und Grad der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit:

vom _____ bis _____ zu _____ %

vom _____ bis _____ zu _____ %

vom _____ bis _____ zu _____ %

3.2. Vollständige Wiederaufnahme vorgesehen am:

Oder voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ab Ausstellung dieses Berichtes:

3.3. Könnte der Patient eine seinem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit ausüben?

Nein

Ja. Ab wann und zu welchem Prozentsatz?

Unter welchen Einschränkungen?

3.4. Verhindern nicht medizinische Gründe eine Arbeitswiederaufnahme?

Nein

Ja. Welche?

Bitte legen Sie Ihrem Rapport unbedingt Kopien sämtlicher medizinischer Unterlagen (Analyseergebnisse, medizinische Berichte, usw.) im Zusammenhang der bestehenden Arbeitsunfähigkeit bei.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift