

## Medizinischer Fragebogen

Kundennr.:

Schadennr.:

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.

## Medizinischer Fragebogen

Kundenr.:

Schadenr.:

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Arbeitsunfähigkeit seit:

Adressiert an:

Anfrage vom:

1.7. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Grösse: \_\_\_\_\_ cm aktuelle Blutdruckwerte: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ **□□□**

\_\_\_\_\_ **□□□**

\_\_\_\_\_ **□□□**

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?

b) 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:

2020

---

## Medizinischer Fragebogen

---

Kundennr.:  
Vorname und Name:  
Arbeitsunfähigkeit seit:  
Anfrage vom:

Schadenr.:  
Geburtsdatum:  
Adressiert an:

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	%
<hr/>			
vom	bis	zu	%
<hr/>			
vom	bis	zu	%
<hr/>			

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: