



## ARZTBERICHT ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Sehr geehrte Frau Doktor  
Sehr geehrter Herr Doktor

- Bitte drucken Sie das Formular aus und senden Sie dieses per Post an:

**Visana Services AG**  
**Beratender Arzt**  
**Leistungszentrum Taggeld**  
**Postfach**  
**3000 Bern 16**

- Bitte legen Sie dem ausgefüllten Formular das Originalformular bei, das Sie von Visana per Post erhalten haben.
- Versehen Sie das Formular bitte mit der Ereignisnummer. Sie finden diese auf unserem Originalformular.
- Eine elektronische Übermittlung darf aus Sicherheits- und Datenschutzgründen ausschliesslich mit einem HIN-Account erfolgen.
- Sie können uns die Kosten für Ihren Aufwand nach VVG in Rechnung stellen. Wir vergüten nur von uns verlangte Berichte.
- Beim elektronischen Formular handelt es sich um eine Standard-Vorlage. Wenn wir Ihnen im Originalformular andere oder zusätzliche Fragen stellen, beantworten Sie diese Fragen bitte auch (unter der Rubrik Zusatzinformationen oder auf einem separaten von Ihnen erstellten Dokument).

Danke für Ihre wertvolle Hilfe.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG  
Leistungszentrum Taggeld



ARZTBERICHT

Arztbericht über Arbeitsunfähigkeit

ausgestellt zuhänden beratender Arzt

Angaben zur versicherten Person
Name / Vorname:
Geburtsdatum:
Ereignis-Nr.:
erlernter Beruf:
ausgeübte Tätigkeit:

Auszug aus der Krankengeschichte seit

1. Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

- Krankheit Unfall Mutterschaft unklar

Welche Diagnosen nach ICD-Code begründen eine Arbeitsunfähigkeit?

Dotted lines for ICD diagnosis entries

Wann genau traten die ersten Symptome auf?

Dotted lines for symptom onset date

Bei Unfall: Unfalldatum und Art des Unfalles?

Dotted lines for accident details

2. Ambulante Behandlung:

durch Sie von bis
Datum der letzten Kontrolle
vor Ihnen durch
Dr. in seit
nach Ihnen durch
Dr. in seit

3. Stationäre Behandlung / fachärztliche Behandlung / Kur:

wo?
Eintrittstag: Entlassungstag:



## ARZTBERICHT

4. Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Aktuelle Symptome / aktueller Zustand:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Subjektive Angaben des Patienten / objektiver Befund:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Prognose:

.....  
.....  
.....

5. Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung (Behandlungsdaten / Behandlungsfrequenz):

.....  
.....  
.....

Aktuelle Medikation (einschliesslich Dosis)?  keine

welche? .....

Empfehlungen für die zukünftige Therapie:

.....  
.....

6. Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit und den Beschäftigungsgrad:

..... %	von .....	bis .....
..... %	von .....	bis .....
..... %	von .....	bis .....



ARZTBERICHT

7. Fragen zur bisherigen Tätigkeit:

7.1 Welche körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen bestehen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.2 Wie wirken sie sich bei der Arbeit aus?

.....
.....
.....
.....
.....

7.3 Ist die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar?

[ ] ja In welchem zeitlichen Rahmen? .....
[ ] nein

7.4 Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit?

[ ] ja Warum, in welchem Ausmass? .....
[ ] nein

8. Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

[ ] nein [ ] ja

wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?

..... % ab.....
..... % ab.....

9. Kontakt mit anderen Versicherungen?

[ ] nein [ ] ja wann? .....

[ ] Invalidenversicherung [ ] Militärversicherung [ ] Unfall-Versicherer: .....

[ ] andere: .....

10. Gibt es nicht-medizinische Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (z. B. Arbeitsumfeld, Stellenverlust, Faktoren des sozialen Umfeldes usw.)?

[ ] nein [ ] ja

wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

## ARZTBERICHT

Wodurch ist die Arbeitsfähigkeit konkret eingeschränkt?

.....  
 .....  
 .....

Wäre die gleiche Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber möglich?

.....  
 .....

11. Kann die Arbeitsfähigkeit durch medizinische, therapeutische oder andere Massnahmen verbessert werden?

nein       ja

wenn ja, welche?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

12. Welche Arbeiten sind der versicherten Person unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar? Bitte unterteilen Sie in Aktivitäten / Zeitumfang / Leistung (Rendement).

	ja	nein	In welchem zeitlichen Rahmen?		Mit welcher Leistung?
			ganztags	Wenn zeitliche Reduktion, weshalb?	
rein "sitzende" Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
rein "stehende" Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
wechselbelastende Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Über-Kopf-Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Kauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Rotation im Sitzen / Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Heben / Tragen (körpernah/-fern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
auf Leitern / Gerüste steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
anderes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Heben / Tragen (körpernah/-fern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtslimite: .....		

Seit wann gelten die Angaben? .....



## ARZTBERICHT

13. Gibt es unterstützende Punkte, die zu berücksichtigen sind (z.B. schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit, ruhiger Arbeitsplatz)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

14. Bitte Kopien von vorhandenen Konsiliar- und / oder Verlaufsberichten beilegen oder Adresse der konsultierten Ärztinnen/Ärzte angeben:

.....

Bitte Kopien von vorhandenen Operations-, Verlaufs- und Austrittsberichten beilegen oder Adresse der konsultierten Ärztinnen/Ärzte oder der Spitäler angeben:

.....

15. Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes