

# Arztbericht

## Vertrag

---

Arbeitgeber

Fallnummer

## Versicherte Person

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeit ab

Beruf

## Arbeitsunfähigkeit

---

Ursache

Krankheit    Berufskrankheit    Unfall

Mutterschaft errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ICD-10 Code oder DSM V

Ausführliche Diagnose

Aktuelle Beschwerden

Beschwerdebeginn                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Behandlungsbeginn                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bestand das Leiden früher schon?      Ja    Nein

Wenn ja, seit wann?                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Verlauf bis heute

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeiten      \_\_\_\_ % von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

\_\_\_\_ % von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_



## Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit

---

Wann ist mit einer Arbeitsaufnahme zu rechnen? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ zu \_\_\_\_%

Sind der Patient bzw. die Patientin im angestammten Beruf arbeitsfähig? Ja Nein

Ist eine andere Tätigkeit zumutbar? Ja Nein

Grad und Tätigkeit %  
als

%  
als

Wenn nein, warum:

Prognose?

## Ist der PatientIn eingeschränkt in

---

Gehen Ja Nein Distanz:

Sitzen Ja Nein Dauer:

Tragen von Lasten Ja Nein Angaben in kg

Einschränkungen psychischer Art Ja Nein Wenn ja, welche:

Können ausserberufliche Tätigkeiten ausgeführt werden? Ja Nein

Wenn ja, welche



Hat ein stationärer- oder teilstationärer  
Klinikaufenthalt stattgefunden, oder ist ein  
solcher geplant?      Ja      Nein

Wenn ja, wo und wie lange:      Klinik:      von      bis  
Klinik:      von      bis

Sind weitere Ärzte, Therapeuten oder Kliniken  
in die Behandlung involviert?      Ja      Nein

Wenn ja, welche

Welche Medikamente werden abgegeben  
(Dosierung, Menge, Frequenz)?

Welche Therapien werden durchgeführt  
(Menge, Frequenz)?

### Weiteres Procedere

---

Welches (weitere) Behandlungsprocedere ist  
vorgesehen?

Gibt es besondere Umstände, die den  
Heilungsverlauf günstig beeinflussen können?      Ja      Nein

Wenn ja, welche



Sollten weitere Abklärungen vorgenommen werden? Ja Nein

Wenn ja, welche

Durch wen?

Halten Sie eine fachergänzende ärztliche Untersuchung im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit für sinnvoll? Ja Nein

Haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt? Ja Nein

Wenn ja, welche

Ist eine IV-Anmeldung erfolgt? Ja Nein

Um Verzögerung der Taggeldzahlungen zu vermeiden, bitten wir Sie den ärztlichen Bericht innert 14 Tagen zu retournieren. Vielen Dank.

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift und Stempel des Arztes**

---

**Hinweis:** Haben Sie auch die Berichte von anderen behandelnden Ärzten und Spitälern beigelegt? Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an die nachfolgende Adresse:

**Vertraulich, Medizinischer Dienst, elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich**

Bei **Fragen** ist das Claims Management erreichbar unter **T +41 44 215 45 40** oder **claims.ch@elipslife.com**

