

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?  
*(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)*

2.1  erwerbstätig als \_\_\_\_\_

2.2  Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.  
Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben?  ja  nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

nein  ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab \_\_\_\_\_

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche) \_\_\_\_\_

operativ (ggf. wann und welche) \_\_\_\_\_

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)  
*(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)*

\_\_\_\_\_

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule) _____	

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?  ja  nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes