

Arzt-Kurzbericht für Diagnose und Arbeitsunfähigkeit

Krankentaggeld / Unfalltaggeld

GLN

Fall

Gesetz Schadennummer

Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Ausgeübter Beruf	<input type="radio"/> kopflastig <input type="radio"/> körperlich	Arbeitspensum	<input type="text"/> Std./Tag

1. Erstbehandlung

Datum:

2. Diagnose(n)

ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

3. Beginn Arbeitsunfähigkeit

Datum: Grad der AUF:

4. Ende der Arbeitsunfähigkeit

Vorgesehene Wiederaufnahme der Arbeit am:

Arzt-Kurzbericht für Diagnose und Arbeitsunfähigkeit

Krankentaggeld / Unfalltaggeld

5. Bemerkungen

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

GLN

ZSR

eMail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

**Elektronische
Übermittlung**