

Arzt-Kurzbericht

Krankentaggeld

Helsana

Patient

Name
Strasse
Geschlecht
Geburtsdatum
Ausgeübter Beruf kopflastig körperlich

Vorname
PLZ / Ort
Tel.
Mail

Arbeitgeber

Firma
Strasse
Tel. / Fax

Abteilung
PLZ / Ort
Mail

Ursache

Krankheit Unfall Schwangerschaft

Errechneter Geburtstermin:

Diagnose(n) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Sind andere Fachärzte involviert?

Ja, Name, Adresse und Fachrichtung Nein

Ist/wird die versicherte Person hospitalisiert?

Operation stationär teilstationär Nein

Spital
Strasse
Tel. / Fax
Datum

Abteilung
PLZ / Ort
Mail

Wann ist eine 100% Arbeitsfähigkeit geplant?

bereits abgeschlossen, per
 0 - 2 Monate
 2 - 4 Monate
 4 - 6 Monate
 > 6 Monate

Bemerkungen

[Empty area for notes]

Zuweiser:

Telefon:

Fax:

GLN:

ZSR:

eMail:

Datum:

**Elektronische
Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Helsana.

[Empty box for electronic submission]