



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT KÖRPERLICHE DIAGNOSE

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



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT KÖRPERLICHE DIAGNOSE

Angaben zur versicherten Person

Name / Vorname:
Geburtsdatum:
Ereignis-Nr.:

1. Welche Diagnosen nach ICD-Code begründen die Arbeitsunfähigkeit?

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

2. Aktuelle Befunde / körperliche Leiden:

a) Für das Leiden relevante anamnestische Angaben

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

b) Geklagte Beschwerden?

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

c) Klinisch objektivierbare Befunde?

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



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT KÖRPERLICHE DIAGNOSE

d) Wurden radiologische Untersuchungen durchgeführt? **Bitte Befundkopien beilegen.**

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

e) Wurden weitere Abklärungen durchgeführt? Wenn ja, welche? **Bitte Berichtskopien beilegen.**

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

3. Spielen krankheitsfremde Faktoren mit, z.B.

- Alter Arbeitsplatzprobleme familiäre Probleme Rauschgift
 Alkohol Unfall Nikotin finanzielle Schwierigkeiten
 andere Faktoren:

4. Veränderungen seit dem letzten Bericht?

.....
.....

5. Wann war die letzte Konsultation bei Ihnen?

.....
.....

6. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

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

7. Aktuelle Therapie sowie weiterer Behandlungsplan (bitte bei Medikamenten Name, Dosierung und Verabreichungsform angeben)

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



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT KÖRPERLICHE DIAGNOSE

8. Welche medizinisch begründeten Einschränkungen bestehen?

(nein = nicht eingeschränkt; ja = eingeschränkt)

a) körperlich

Heben und Tragen bis Taillenhöhe nein ja

Gewichtslimite: kg

Heben und Tragen bis Kopfhöhe nein ja

Gewichtslimite: kg

Hantieren:

feinmotorisch nein ja

grobmanuell nein ja

Handrotation nein ja

Haltung / Beweglichkeit:

Arbeit über Kopfhöhe nein ja

Sitzen nein ja

Stehen nein ja

Gehen nein ja

Treppe / Leiter steigen nein ja

Knien nein ja

Gleichgewicht nein ja

andere: nein ja

wenn ja, welche?

b) psychisch

Welche medizinisch begründeten Einschränkungen bestehen psychisch? (Auswirkungen bei der beruflichen Tätigkeit, im Alltag und in der Freizeit an konkreten Beispielen)

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

9. Würde die volle / teilweise Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeiten (nach Stellenbeschreibung), die Gesundheit der/des Versicherten gefährden?

Wenn ja, inwiefern?

.....
.....

Wenn nein, wann ist die volle / teilweise Arbeitsaufnahme in der bisherigen Tätigkeit als

..... geplant? (zu wie vielen Stunden pro Tag)

.....
.....



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT KÖRPERLICHE DIAGNOSE

10. Welche Tätigkeiten sind aus medizinischer Sicht zumutbar?

Heben und Tragen von Gewichten bis kg

Stehdauer bis Std

Gehdauer bis km

Sitzdauer bis Std

wechselbelastende Tätigkeit nein ja

Autofahren nein ja

Arbeitstempo normal nein ja

Arbeitstempo reduziert nein ja

Bemerkungen:
.....
.....

11. Wäre die versicherte Person in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig? Wenn ja, zu wie viel %?

.....
.....

12. Sind berufliche Massnahmen der IV angezeigt?

nein ja

.....
.....

13. Haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgestellt? **Bitte Berichtskopien beilegen.**

nein ja

.....
.....

14. Bemerkungen (Motivation, Prognose usw.):

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

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes