



Schweizerische Ärzte Krankenkasse  
Caisse-Maladie des Médecins Suisses

Mitglied:

behandelnder Arzt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte mit Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen

**Zwischenbericht**  
(aufgrund Ihrer Aufzeichnungen)

**1. Ursache der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit/Invalidität/Behinderung:**

- genaue Diagnose

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

- Beginn der Symptome

.....

- **Letzte Konsultation**

.....

- Stand Patient wegen gleicher Krankheit bzw. Unfall schon  
in Behandlung?

ja     nein (bitte ankreuzen)

- Falls ja:

- wann und bei wem?

.....

**2. Behandlung:**

- **ambulant** durch Sie

seit.....

- vor Ihnen

Dr.....

in..... seit.....

- weitere Ärzte:

Dr.....

in..... seit.....

Dr.....

in..... seit.....

- **stationär / wo:**

.....

von.....bis.....Dr.....

- / **wo:**

.....

von.....bis.....Dr.....

- Bitte allenfalls Kopie des Austrittsberichtes beilegen.

- **Kuraufenthalt / wo:**

.....

von.....bis.....Dr.....

.....

von.....bis.....Dr.....

**3. Anamnese und Verlauf des Falles:**

**4. Prognose:**

**5. Besteht eine Behinderung?**

- Worin besteht die Behinderung?

.....  
.....

- Schweregrad der Behinderung?

.....

- Ist der Patient hilfs- und pflegebedürftig und in welchem Umfange?

.....  
.....

**6. Kann das Mitglied nach Ihrer Beurteilung ein dem Alter entsprechendes Leben führen?**

ja       nein

**7. Sonderfragen / Bemerkungen:**

**Datum:**

**Stempel und Unterschrift:**