

Mitglied:

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

behandelnder Arzt:

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

Bitte mit Schreibmaschine, Blockschrift oder digital ([www.saekk.ch](http://www.saekk.ch)) ausfüllen

## Arztbericht

(Aufgrund Ihrer Aufzeichnungen seit der letzten Berichterstattung.)

### 1. Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

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

- Beginn der Symptome: .....

- Erste Konsultation: .....

- **Letzte Konsultation:** .....

- Stand der Patient/die Patientin wegen gleicher Krankheit  
bzw. Unfall schon früher 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.....

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

- **Kuraufenthalt / wo:**

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

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

Bitte Kopien allfälliger Berichte beilegen.

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

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

**4. Prognose:**

.....  
.....

**5. Arbeitsunfähigkeit:**

..... % von ..... bis .....

..... % von ..... bis .....

..... % von ..... bis .....

- kann mit Wiederaufnahme/Steigerung der Arbeit gerechnet werden?  ja  nein (**bitte ankreuzen**)

wenn ja: zu: ..... % ab: .....

zu: ..... % ab: .....

- Wie hoch ist die Arbeitsfähigkeit in einer anderen, für den Patienten / die Patientin zumutbaren beruflichen Tätigkeit? ..... %

**6. Invalidenversicherung:**

(bitte ankreuzen:)

- Erfolgte eine IV-Anmeldung?  ja  nein Datum: .....

- Wurde eine IV-Verfügung erlassen?  ja  nein Datum: .....

- Wenn eine IV-Verfügung erlassen wurde, wie hoch ist der Invaliditätsgrad? ..... %

**7. Sonderfragen / Bemerkungen:**

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

**Datum:**

**Stempel und Unterschrift:**

- .....
- Rechnung oder Honorarnote mit Einzahlungsschein
  - Spitalberichte / Austrittsberichte
  - weitere Beilagen .....