

# Arztbericht

## Vertrag

---

Arbeitgeber

Fallnummer

## Versicherte Person

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeit ab

Beruf

## Arbeitsunfähigkeit

---

1. Diagnose und Differenzialdiagnose nach ICD-10 oder DSM IV:

2. Aktuelle Beschwerden:

3. Psychostatus nach AMDP

4. Seit wann besteht das psychische Beschwerdebild?



5. Verlauf seit Entstehung bis heute?

6. Welches (weitere) Behandlungsprocedere ist vorgesehen?

7. Prognose:

8. Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf günstig beeinflussen können?

9. Mit welcher Behandlungsdauer ist zu rechnen?

10. In welchen Abständen finden die Behandlungen statt?

11. Medikamente?



12. Sind weitere Ärzte, Therapeuten oder Kliniken in die Behandlung involviert? ja nein

Wenn ja, welche?

13. Hat ein stationärer oder teilstationärer Klinikaufenthalt stattgefunden oder ist ein solcher geplant? ja nein

Wenn ja, wo und wie lange:

Klinik: von bis

Klinik: von bis

14. Liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor? ja nein

Wenn ja, in welchem Ausmass?

Grad und Dauer?

% von bis

% von bis

% von bis

15. Wie begründet sich diese (welche Funktionsstörungen und welche berufsrelevanten Funktionsstörungen resultieren aus den gestellten Diagnosen)?

16. Ist eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit aus medizinischer Sicht realistisch? Weshalb?

Andere Tätigkeit möglich?

ja nein

Wenn ja, bitte Arbeitsfähigkeit in % angeben wie auch die Tätigkeit:



17. Ab wann ist mit einer 50- oder 100%- Arbeitsfähigkeit zu rechnen?

18. Ist eine IV-Anmeldung erfolgt?

ja    nein

**Bemerkungen / Zusatzinformationen**

---

**Ort und Datum**

**Unterschrift und Stempel des Arztes**

---

**Hinweis:** Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an die nachfolgende Adresse:

**Vertraulich, Medizinischer Dienst, elipsLife, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich**

Bei **Fragen** ist das Claims Management erreichbar unter **T +41 44 215 45 40** oder **claims.ch@elipslife.com**

