

# Verlaufsbericht

## Vertrag

---

Vertragspartner

Fallnummer

## Versicherte Person

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Arbeitsunfähigkeit ab

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

### Diagnose:

**Mit** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ICD-Code

Ausführliche Diagnose

**Ohne** Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit

ICD-Code

Ausführliche Diagnose

### Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung:

[Empty text box for current treatment]

b) Prozedere/Vorschläge (weitere Behandlung, Röntgen, konsiliarärztliche Untersuchung usw.):

[Empty text box for further treatment proposals]



c) In welchen Abständen finden Konsultationen statt?

d) Voraussichtliche Dauer der Behandlung:

e) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert?

Ja  Nein

Wenn ja, wo und wann?

### **Verlauf**

a) Bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv):

b) Prognose:

c) Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. frühere Erkrankungen, Unfälle, soziale Umstände)?

Ja  Nein

Wenn ja, wo und wann?

### **Andere Faktoren:**

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf und die Wiederaufnahme der Arbeit ungünstig beeinflussen können (z.B. Berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?



a) Wiederaufnahme der Arbeit:

zu [ ] % seit [ ] vorgesehen auf [ ]

b) Sollen wir uns beim Betrieb um Zuweisung geeigneter Arbeit engagieren?

Ja  Nein

c) Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten?

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

Ist eine IV-Anmeldung erfolgt?

Ja  Nein

**Behandlungsschluss:**

ja am: [ ] / [ ] / [ ]

nein - voraussichtlich in [ ] Wochen

**Bemerkungen:**

Um Verzögerung der Taggeldzahlungen zu vermeiden, bitten wir Sie den ärztlichen Bericht innert 14 Tagen zu retournieren. Vielen Dank.

**Ort und Datum**

**Unterschrift und Stempel des Arztes**

**Hinweis:** Haben Sie auch die Berichte von anderen behandelnden Ärzten und Spitälern beigelegt? 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**

