

Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit

Wann ist mit einer Arbeitsaufnahme zu rechnen? ____/____/____ zu ____%

Sind der Patient bzw. die Patientin im angestammten Beruf arbeitsfähig? Ja Nein

Ist eine andere Tätigkeit zumutbar? Ja Nein

Grad und Tätigkeit %
als

%
als

Wenn nein, warum:

Prognose?

Ist der PatientIn eingeschränkt in

Gehen Ja Nein Distanz:

Sitzen Ja Nein Dauer:

Tragen von Lasten Ja Nein Angaben in kg

Einschränkungen psychischer Art Ja Nein Wenn ja, welche:

Können ausserberufliche Tätigkeiten ausgeführt werden? Ja Nein

Wenn ja, welche



Sollten weitere Abklärungen vorgenommen werden? Ja Nein

Wenn ja, welche

Durch wen?

Halten Sie eine fachergänzende ärztliche Untersuchung im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit für sinnvoll? Ja Nein

Haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt? Ja Nein

Wenn ja, welche

Ist eine IV-Anmeldung erfolgt? Ja Nein

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**

