

# 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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



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 Spitäler 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**

