

Verlaufsbericht

Vertrag

Arbeitgeber

Fallnummer

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unfalldatum

Beruf

ICD-Code und Diagnosebeschreibung

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)?

nein / ja, welche:

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:

Arbeitsaufnahme:

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

nein / ja, welcher Art:

Behandlungsschluss:

ja am: _____/_____/_____

nein - voraussichtlich in _____ Wochen

Bemerkungen

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**

