

ÄRZTEFRAGEBOGEN

Es besteht die Möglichkeit, dieses Formular elektronisch auszufüllen und auszudrucken.

www.pkruECK.com > Downloads > Formulare > Ärztefragebogen

ALLGEMEINE ANGABEN

Name Vorsorgeeinrichtung _____
Vorname, Name versicherte Person _____
Geburtsdatum versicherte Person _____
Adresse versicherte Person _____
Arbeitgeber _____
Auszug aus der Krankengeschichte seit _____ (tt/mm/jjjj)

URSACHE DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Diagnose mit ICD-Code _____
Diagnose mit Einfluss auf die AUF _____
Diagnose ohne Einfluss auf die AUF _____
Wann wurde die Diagnose gestellt? _____ (tt/mm/jjjj)

Bei Unfall:

Unfalldatum _____ (tt/mm/jjjj) Art des Unfalls _____
Waren beim Unfall Drittpersonen beteiligt? Ja Nein

AMBULANTE BEHANDLUNG

Durch Sie von _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
Vor Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____ (tt/mm/jjjj)
Nach Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____ (tt/mm/jjjj)
Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patientin? _____ (tt/mm/jjjj)
Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, weswegen? _____

STATIONÄRE BEHANDLUNG

Wo? _____
Eintrittstag _____ (tt/mm/jjjj) Entlassungstag _____ (tt/mm/jjjj)

ANAMNESE UND VERLAUF DES FALLES

Art und Dauer der Behandlung _____
Medikation (einschliesslich Dosierung) _____ keine
Evtl. frühere Krankheiten und Unfälle _____

GRAD UND DAUER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Definition Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Artikel 6 ATSG).

Grad und Dauer der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf auszuüben seit dem Auftreten der ersten Symptome (unabhängig von der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftslage bei einem Beschäftigungsgrad von 100%):

_____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
 _____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
 _____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
 _____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)

ANDERE ZUMUTBARE ARBEIT

Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage? Ja Nein
 Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____ seit _____ (tt/mm/jjjj)
 Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit _____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)

IV / UV / EMV

Ist eine Meldung bei der IV erfolgt (Früherfassung)? Ja Nein Wenn ja, wann _____ (tt/mm/jjjj)
 Wenn nein, wieso nicht? _____
 Ist eine Anmeldung erfolgt? Ja Nein Wenn ja, wann _____ (tt/mm/jjjj)
 Wenn ja, bei wem? IV UV EMV
 Datum der Meldung/Anmeldung _____ (tt/mm/jjjj)

WIEDERAUFNAHME DER ARBEITSTÄTIGKEIT

Kann mit Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden? Ja Nein
 Wenn ja, ab _____ (tt/mm/jjjj) zu _____ %
 Sind berufliche Massnahmen oder ein Case Management sinnvoll? Ja Nein
 Wenn ja, in welcher Form? (z.B. Umschulung, Coaching, Berufsberatung) _____

 Wie schätzen Sie die Prognose ein? _____

Zusätzlich bitten wir Sie, uns Kopien vorhandener Berichte zu senden.

SONDERFRAGEN, BEMERKUNGEN

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift: _____

Arzthonorar:

Arztbericht	CHF	45.-
Arztbericht mit weiteren Angaben	CHF	65.-

Arztzeugnis und Einzahlungsschein senden an: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**