



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT PSYCHISCHE DIAGNOSE

Sehr geehrte Frau Doktor
Sehr geehrter Herr Doktor

- Bitte drucken Sie das Formular aus und senden Sie dieses per Post an:

Visana Services AG
Beratender Arzt
Leistungszentrum Taggeld
Postfach
3000 Bern 16

- Bitte legen Sie dem ausgefüllten Formular das Originalformular bei, das Sie von Visana per Post erhalten haben.
- Versehen Sie das Formular bitte mit der Ereignisnummer. Sie finden diese auf unserem Originalformular.
- Eine elektronische Übermittlung darf aus Sicherheits- und Datenschutzgründen ausschliesslich mit einem HIN-Account erfolgen.
- Sie können uns die Kosten für Ihren Aufwand nach VVG in Rechnung stellen. Wir vergüten nur von uns verlangte Berichte.
- Beim elektronischen Formular handelt es sich um eine Standard-Vorlage. Wenn wir Ihnen im Originalformular andere oder zusätzliche Fragen stellen, beantworten Sie diese Fragen bitte auch (unter der Rubrik Zusatzinformationen oder auf einem separaten von Ihnen erstellten Dokument).

Danke für Ihre wertvolle Hilfe.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG
Leistungszentrum Taggeld



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT PSYCHISCHE DIAGNOSE

Angaben zur versicherten Person

Name / Vorname:
Geburtsdatum:
Ereignis-Nr.:

1. Welche Diagnosen nach ICD-Code begründen die Arbeitsunfähigkeit?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Aktuelle Befunde

a) Für das Leiden relevante anamnestische Angaben

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) Aktuelle subjektive Beschwerden?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

c) Aktuelle objektive Befunde?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT PSYCHISCHE DIAGNOSE

d) Welche Abklärungen wurden durchgeführt? **Bitte Berichtskopien beilegen.**

.....
.....
.....
.....

3. Spielen krankheitsfremde Faktoren mit, z. B.

- Alter Arbeitsplatzprobleme familiäre Probleme Rauschgift
 Alkohol Unfall Nikotin finanzielle Schwierigkeiten
 andere Faktoren:

4. Veränderungen seit dem letzten Bericht?

.....
.....

5. Wann war die letzte Konsultation bei Ihnen?

.....
.....

6. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

.....
.....
.....
.....

7. Aktuelle Therapie sowie weiterer Behandlungsplan (bitte bei Medikamenten Name, Dosierung und Verabreichungsform angeben)

.....
.....
.....
.....

Therapie erfolgt in welchen Abständen?

- täglich wöchentlich monatlich andere:



VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT PSYCHISCHE DIAGNOSE

8. Welche medizinisch begründeten Einschränkungen bestehen?

(nein = nicht eingeschränkt; ja = eingeschränkt)

- | | | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Konzentrationsvermögen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Auffassungsvermögen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Anpassungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Arbeitstempo | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| andere | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

wenn ja, welche?

9. Würde die volle / teilweise Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeiten (nach Stellenbeschreibung), die Gesundheit der/des Versicherten gefährden?

Wenn ja, inwiefern?

.....
.....
.....
.....

Wenn nein, wann ist die volle / teilweise Arbeitsausnahme in der bisherigen Tätigkeit als

..... geplant? Zu wie vielen Stunden pro Tag?

.....
.....

Wäre die bisherige Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber möglich?

.....
.....

10. Wäre die versicherte Person in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig? Wenn ja, zu wie viel %?

.....
.....

11. Sind berufliche Massnahmen der IV angezeigt?

nein ja

.....
.....



**VERLAUFSBERICHT ÜBER DIE AKTUELLE ARBEITSUNFÄHIGKEIT
PSYCHISCHE DIAGNOSE**

12. Haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgestellt? **Bitte Berichtskopien beilegen.**

nein ja

.....
.....

13. Bemerkungen (Motivation, Prognose usw.):

.....
.....
.....
.....
.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes