



## Blitz-Arztzeugnis zur Arbeitsunfähigkeit

Sehr geehrte Frau Doktor  
Sehr geehrter Herr Doktor

Bitte drucken Sie das Formular nachdem Sie es online ausgefüllt haben 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.

Bitte füllen Sie das Formular komplett aus. Wir benötigen auch die Angaben vom Versicherten: Namen und Vornamen, Geburtsdatum und Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Sowie die Informationen des Arbeitgebers inkl. Ereignis-Nr. 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 gemäss den Angaben auf dem Originalformular in Rechnung stellen.

Danke für Ihre wertvolle Hilfe.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG  
Leistungszentrum Taggeld



## Blitz-Arztzeugnis zur Arbeitsunfähigkeit

Sie helfen uns mit diesem Blitz-Arztzeugnis, frühzeitig die richtigen Massnahmen und die nötige Unterstützung einzuleiten. Durch Ihre Angaben wird eine rasche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben begünstigt. Ihre schnelle Antwort honorieren wir mit einer attraktiven Entschädigung. Bitte legen Sie uns einen Einzahlungsschein mit IBAN-Nr. bei. Besten Dank.

**Rücksendung innert 2 Wochen**

CHF 100.– / € 80.–

**Rücksendung innert 3 Wochen**

CHF 60.– / € 50.–

versicherte Person \_\_\_\_\_ arbeitsunfähig seit \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Ereignis-Nr. \_\_\_\_\_

1. Diagnose(n) \_\_\_\_\_

2. Befunde (relevante radiologische oder Laborbefundene wie Abklärungsberichte beilegen)

3. Grund der Arbeitsunfähigkeit  Krankheit  Unfall

Schwangerschaftskomplikationen errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

4. a) Wurde eine spezialärztliche Untersuchung durchgeführt?  ja  nein

b) Ist eine spezialärztliche Untersuchung geplant? Wenn ja, wann und bei welcher Fachstelle?

c) Ist ein operativer Eintritt vorgesehen oder eine Hospitalisation geplant?

Wenn ja, wann, wo und welcher Eingriff?

5. Arbeitsunfähigkeit AUF von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_%

6. Prognose der Arbeitsunfähigkeit in  0 - 4 Monaten  4 - 6 Monaten  > 6 Monaten

7. Voraussichtliche Arbeitsaufnahme per Datum \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_%

8. Einfluss weiterer, nichtmedizinischer Faktoren auf die AUF  ja  nein

Arbeitsplatz  privat  kulturell  andere

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

9. Wie beurteilen Sie die Motivation der/des Versicherten zur Rückkehr in den Arbeitsprozess?

motiviert  wenig motiviert

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

10. Kommt eine andere Tätigkeit in Frage?  ja  nein  Abklärung notwendig

11. Wird der/die Versicherte die aktuelle berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können?

ja  nein

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes