

Name Vorname des Versicherten	Kassen Nr.	Versicherten Nr.
-------------------------------	------------	------------------

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

1. Wegen welcher Diagnose(n) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

(Bitte fügen Sie im verschlossenen Umschlag für den MDK eigene Befunde sowie vorhandene Berichte wie z.B. Facharzt-, Krankenhaus-Rehaberichte bei)

2. Welche Tätigkeiten übt der Versicherte derzeit aus?

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab: _____

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche) _____

operativ (ggf. wann und welche) _____

5. Mitbehandler ist (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)

Ernährungsberatung

Stufenweise Wiedereingliederung

Rückenschule

Medizinische Reha-Maßnahme

Umschulung

Sonstige (z.B. Suchttherapie, Soziotherapie): _____

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

ja (z.B. Arbeitsplatz, Muttersprache, soziales Umfeld): _____

nein

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein

9. Sonstiges / Bemerkungen:

Ausstellungsdatum : _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes