

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 ☐ erwerbstätig als _____

2.2 ☐ Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für _____ Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ☐ ja ☐ nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

☐ nein ☐ ja, 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. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)

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

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)
(Gilt nicht für Arbeitslose.) | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung
(Gilt nicht für Arbeitslose.) | <input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule) _____ | |

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

☐ nein ☐ ja, folgende _____

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ☐ ja ☐ nein

9. Sonstiges/ Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Datum

Für das Ausstellen dieses Reports ist die
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes