

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?

<input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung
<input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Rückenschule
<input type="checkbox"/> Medizinische Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> Umschulung
<input type="checkbox"/> 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