

Arztzeugnis Taggeldversicherung

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel-Nr.	Vertrags-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefon, E-Mail)	
	IBAN	Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)	
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	IBAN	Zivilstand	Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn Arbeitsunfähigkeit länger als 14 Tage, bitte unbedingt ganzes Formular ausfüllen!
(Diagnose bitte immer angeben)

Diagnose (bitte keine Globaldiagnose)	
Art der Erkrankung	Handelt es sich um: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft → Geburtstermin <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> unfallähnliche Körperschädigung <input type="checkbox"/> Militärversicherung
Angaben des Patienten	(Anamnese zum Leiden, Beschwerden, Rückfall)
Behandlungsbeginn	Datum _____ Bestand das Leiden schon früher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit (Datum) _____ Zeitperiode _____ Hat es zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein voraussichtliche Dauer _____
Therapie	A) Was haben Sie veranlasst? _____ B) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? _____ C) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo? _____
Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen Prognose	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht via behandelnden Arzt/Spital zurück an **innova**