



# Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen aus der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung

## Hinweis für den (Haus)Arzt:

Bitte füllen Sie den Bericht detailliert, vollständig und wahrheitsgemäß aus. Alle vorliegenden Befunde bzw. Berichte vor- und mitbehandelnder Ärzte, Krankenhausberichte o.ä. sind diesem Bericht in Kopie beizufügen. Gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Kosten des Berichts vom Anspruchsteller zu tragen. Wir bitten Sie um eine möglichst zeitnahe Rücksendung an den Anspruchsteller. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Versicherungs-Nr.

## Versicherte Person (VP)

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

## Anspruchsteller (soweit nicht identisch mit VP)

Frau Herr Name, Vorname

E-mail

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefonnummer

## I ANAMNESE – BEFUNDE – BEHANDLUNGEN

### 1. Welche Gesundheitsstörungen liegen vor?

---

### 2. Seit wann bestehen diese Gesundheitsstörungen?

Datum

### 3. Wann übernehmen Sie die Behandlung?

Datum

### 4. Welche Befunde haben Sie erhoben?

---

### 5. Wann haben Sie die versicherte Person zuletzt mit welchem Ergebnis untersucht?

Datum

Ergebnis

---



**6. Haben Sie die versicherte Person schon früher behandelt?**

Ja    Nein    Wenn ja, wann und weshalb

[Empty text box for answer]

**7. Wurden zur Objektivierung der Befunde spezielle Untersuchungen durchgeführt?**

Ja    Nein    Wenn ja, welche und wann

[Empty text box for answer]

Was haben diese Untersuchungen ergeben?

[Empty text box for answer]

**8. Seit wann sind der versicherten Person die Gesundheitsstörungen bekannt?**

Datum

**9. Was ist anamnestisch bekannt geworden?**

[Empty text box for answer]

**10. Wie war der Verlauf der Gesundheitsstörungen?**

[Empty text box for answer]



**11. Welche Therapien werden derzeit durchgeführt bzw. sind noch vorgesehen?**

---

[Redacted area]

**12. War oder ist die versicherte Person Raucher? Wenn ja, seit wann? Wie viele Zigaretten, Zigarren o.ä. täglich?**

---

[Redacted area]

**13. Haben noch andere Ärzte die versicherte Person ambulant oder stationär behandelt?**

---

Nein  Ja

und zwar:

Name des Arztes	Fachrichtung	von - bis	Behandlungsgrund
-----------------	--------------	-----------	------------------

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

**14. Hat die versicherte Person die ärztlichen Anordnungen zur Therapie bzw. zur Minderung der Berufsunfähigkeit befolgt?**

---

Ja  Nein  Folgende Anordnungen wurden nicht befolgt:

[Redacted area]

**II ANGABEN ZUM FUNKTIONS-, LEISTUNGS- UND BELASTUNGSVERMÖGEN****1. In welcher Form und unter welcher Beanspruchung des Bewegungsapparates sowie der Muskulatur kann die versicherte Person noch Tätigkeiten ausüben?**

<b><u>Körperhaltung</u></b>	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
im Sitzen/normal			
im Sitzen/gebeugt			
im Stehen/normal			
im Stehen/gebeugt			
im Bücken			
im Hocken/Knien			
im Liegen			

<b><u>Körperfortbewegung</u></b>	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
im Gehen/Laufen			
im Steigen (Treppen, Leitern etc.)			
im Kriechen			
im Klettern			

<b><u>Körperteilbewegung</u></b>	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
Fingerbewegungen	einseitig		
Fingerbewegungen	beidseitig		
Handbewegungen	einseitig		
Handbewegungen	beidseitig		
Unterarmbewegungen	einseitig		
Unterarmbewegungen	beidseitig		
Oberarmbewegungen	einseitig		
Oberarmbewegungen	beidseitig		
Fußbewegungen	einseitig		
Fußbewegungen	beidseitig		
Unterschenkelbewegungen	einseitig		
Unterschenkelbewegungen	beidseitig		
Oberschenkelbewegungen	einseitig		
Oberschenkelbewegungen	beidseitig		
Rumpfbewegungen			
Kopfbewegungen			



**2. In welchem Umfang können die vorgenannten Tätigkeiten unter Gewichtbelastungen oder unter Einfluss sonstiger äußerer Kräfteeinwirkungen ausgeübt werden?**

<b>Gewichts-/ Kräftebelastung</b>	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
bis 3kg			
von 3 bis 5 kg			
von 5 bis 10 kg			
von 10 bis 20 kg			
von 20 bis 30 kg			
über 30 kg			

**3. In welchem Umfang können Tätigkeiten unter den nachstehenden Bedingungen ausgeübt werden?**

	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
in geschlossenen Räumen			
außerhalb geschlossener Räume			
unter Hitzebelastung			
unter Kältebelastung			
unter Zugbelastung			
unter Nässebelastung			
unter Staubbelastung			
unter Belastung durch Dämpfe			
unter Rauchbelastung			
unter Reizstoffbelastung (Atmung)			
unter Hautreizstoffbelastung			
in Wechselschicht			
in Nachtschicht			
unter Zeitlimit (Akkord/Fließband)			
unter Belastung durch Dämpfe			
bei starkem Publikumsverkehr			

**4. In welchem Umfang können noch Tätigkeiten unter den nachfolgend aufgezeigten Anforderungen ausgeübt werden?**

**Anforderungen an den Tastsinn, d. h. an die Erkennung von:**

	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
Weichheit/Härte			
Rauigkeit/Glätte			
Wärme/Kälte			
Feuchtigkeit/Trockenheit			

**Anforderungen an:**

	uneingeschränkt	eingeschränkt	überhaupt nicht
den Gleichgewichtssinn			
das Denkvermögen			
das Lern-/und Merkvermögen			
das Reaktionsvermögen			



uneingeschränkt

eingeschränkt

überhaupt nicht

- das Konzentrationsvermögen
- die Aufmerksamkeit
- die Ausdauer
- die Übersicht
- die Verantwortung
- die psychische Belastbarkeit
- Sonstige:

**5. Besondere Angaben zum Funktions-, Leistungs- und Belastungsvermögen, sofern dessen Darstellung im Rahmen des vorherigen Fragenkataloges nicht möglich ist.**

---



---



---



---

**III AUSSAGEN ZUR BERUFSUNFÄHIGKEIT**

- 1. Ist die versicherte Person arbeitsunfähig?** Ja    Nein
- Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?
- Wie lange hält die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich noch an?
- 2. Ist die versicherte Person berufsunfähig?** Ja    Nein
- Wie hoch schätzen Sie den Grad der Berufsunfähigkeit ein? %
- Seit wann besteht die Berufsunfähigkeit?
- 3. Wie lange bleibt die Berufsunfähigkeit in dem angegebenen Grad bestehen?** Ja    Nein
- Auf nicht absehbare Zeit (mind. über 3 Jahre) Ja    Nein
- Vorübergehend, mindestens jedoch 6 Monate Ja    Nein
- Vorübergehend, mindestens jedoch 12 Monate Ja    Nein
- 4. Ist mit einer Minderung der Berufsunfähigkeit zu rechnen?** Ja    Nein
- Wann voraussichtlich?
- Auf welchen Grad? %
- 5. Welche weiteren Therapien halten Sie für erforderlich?**

---



---



**6. Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich?**

Ja    Nein

**7. Übt die versicherte Person derzeit berufliche Tätigkeiten aus?**

Ja    Nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden ausgeübt?

[Empty text input area]

**8. Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich?**

Ja    Nein    Unbekannt

Ist eine berufliche Umschulung vorgesehen?

Ja    Nein    Unbekannt

Auf welchen Beruf?

Datum

Wann hat die Umschulung begonnen bzw. wann soll sie beginnen?

**9. Haben Sie auch anderen Stellen (z.B. Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern o.ä.) über die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person berichtet?**

Ja    Nein

Wenn „Ja“ gegenüber:

Institut

Anschrift

Aktenzeichen

**Unterschrift**

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

[Large empty box for stamp and signature]

**Honorar**

Gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Kosten des Berichts vom Anspruchsteller zu tragen.

Das Honorar von

EUR/ CHF ist vom Anspruchsteller wie folgt zu überweisen:

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber