

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):

Name, Vorname

Anschrift:

Postleitzahl, Wohnort
Straße

Anspruchsteller:

(soweit nicht identisch mit VP)
Name, Vorname, Adresse, E-Mail,
Telefonnummer:

Telefon-Nummer privat:

E-Mail-Adresse privat:

I ANAMNESE – BEFUNDE – BEHANDLUNGEN

1. Welche Gesundheitsstörungen liegen vor?

2. Seit wann bestehen diese Gesundheitsstörungen?

Seit

3. Wann übernahmen Sie die Behandlung?

Am

4. Welche Befunde haben Sie erhoben?

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

Am

Ergebnis

6. Haben Sie die versicherte Person schon früher behandelt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und weshalb

7. Wurden zur Objektivierung der Befunde spezielle Untersuchungen durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann

Was haben diese Untersuchungen ergeben?

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

Seit

9. Was ist anamnestisch bekannt geworden?




10. Wie war der Verlauf der Gesundheitsstörungen?



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



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



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

Nein

Ja , und zwar

Name des Arztes	Fachrichtung	von - bis	Behandlungsgrund

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

Ja

Nein

Folgende Anordnungen wurden nicht befolgt:

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?

Körperhaltung

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

Körperfortbewegung

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

Körperteilbewegunguneingeschränkteingeschränktüberhaupt nicht

Fingerbewegungen

einseitig

--	--	--

Fingerbewegungen

beidseitig

--	--	--

Handbewegungen

einseitig

--	--	--

Handbewegungen

beidseitig

--	--	--

Unterarmbewegungen

einseitig

--	--	--

Unterarmbewegungen

beidseitig

--	--	--

Oberarmbewegungen

einseitig

--	--	--

Oberarmbewegungen

beidseitig

--	--	--

Fußbewegungen

einseitig

--	--	--

Fußbewegungen

beidseitig

--	--	--

Unterschenkelbewegun-
gen

einseitig

--	--	--

Unterschenkelbewegun-
gen

beidseitig

--	--	--

Oberschenkelbewegungen

einseitig

--	--	--

Oberschenkelbewegungen

beidseitig

--	--	--

Rumpfbewegungen

--	--	--

Kopfbewegungen

--	--	--

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

<u>Gewichts-/ Kräftebelastung</u>		<u>uneingeschränkt</u>	<u>eingeschränkt</u>	<u>überhaupt nicht</u>
bis	3 kg			
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?

	<u>uneingeschränkt</u>	<u>eingeschränkt</u>	<u>überhaupt nicht</u>
in geschlossenen Räumen			
außerhalb geschlossener Räume			
unter Hitzebelastung			
unter Kältebelastung			
unter Zugbelastung			
unter Nässebelastung			
unter Staubbelastung			
unter Belastung durch Dämpfe			
unter Rauchbelastung			

	<u>uneingeschränkt</u>	<u>eingeschränkt</u>	<u>überhaupt nicht</u>
unter Reizstoffbelastung (Atmung)			
unter Hautreizstoffbelastung			
an laufenden Maschinen			
in Wechselschicht			
in Nachtschicht			
unter Zeitlimit (Akkord/Fließband)			
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:

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

Anforderungen an:

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

	<u>uneingeschränkt</u>	<u>eingeschränkt</u>	<u>überhaupt nicht</u>
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?

Nein Ja

Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?

Wie lange hält die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich noch an?

2. Ist die versicherte Person berufsunfähig?

Nein Ja

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?

Auf nicht absehbare Zeit (mind. über 3 Jahre)

Nein Ja

Vorübergehend, mindestens jedoch 6 Monate

Nein Ja

Vorübergehend, mindestens jedoch 12 Monate

Nein Ja

4. Ist mit einer Minderung der Berufsunfähigkeit zu rechnen

Nein Ja

Wann voraussichtlich?

Auf welchen Grad?

 %

5. Welche weiteren Therapien halten Sie für erforderlich?

6. Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich?

Nein Ja

7. Übt die versicherte Person derzeit berufliche Tätigkeiten aus?

Nein Ja

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden ausgeübt?

8. Wurde eine berufliche Umschulung durchgeführt?

Nein Ja Unbekannt

Ist eine berufliche Umschulung vorgesehen?

Nein Ja Unbekannt

Auf welchen Beruf?

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

Am:

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

Nein Ja , und zwar gegenüber:

Institut	Anschrift	Aktenzeichen

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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: _____