

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

ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen

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

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als

regelmäßige Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

2.2 ☐ Die/der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für folgende Stundenanzahl der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt

\_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

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

☐ nein ☐ ja

## 3. Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ  
(ggf. wann und welche)

operativ  
(ggf. wann und welche)

Heilmittel  
(ggf. seit wann und welche)

Stufenweise Wiedereingliederung (gilt nicht für Arbeitslose) ☐ geplant ☐ eingeleitet

Medizinische Rehabilitation ☐ geplant ☐ beantragt

Patientenschulung ☐ geplant ☐ eingeleitet

Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche)  
z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement

☐ keine (Begründung erforderlich)

## 4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?

☐ nein ☐ ja, Fachrichtung \_\_\_\_\_

## 5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

☐ nein ☐ ja

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift