

Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

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

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 Woche2.2 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 _____

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? nein ja

Ausstellungsdatum _____