

Ärztliches Zeugnis über die Arbeitsunfähigkeit

durch den behandelnden Arzt auszufüllen

Vertraulich

Ärztlicher Dienst der
Pensionskasse Gärtner & Floristen
Ifangstrasse 8
8952 Schlieren

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

AHV-Nr.: 756.

Strasse:

PLZ / Ort:

Auszug aus der Krankengeschichte seit:

1. Ursache der Arbeitsunfähigkeit: Krankheit Unfall
- Diagnosen und ICD-Codes:
- Zeitpunkt der ersten Symptome:
- Bei Unfall, Unfalldatum:
- Art des Unfalls:

-
2. Ambulante Behandlung, durch Sie: von: bis:
- Datum letzte Kontrolle:

-
3. Stationäre Behandlung / Kur:
- Ein-/Austrittstag:

-
4. Anamnese:
- (Chronischer Verlauf, Therapien
- Aktuelle Symptome / aktueller Zustand
- Prognose)
-
-
-
-

5. Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit % vom: bis:
(bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit) % vom: bis:
..... % vom: bis:
..... % vom: bis:

6. Alternative, zumutbare Arbeit möglich? Ja Nein
Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Wird bereits eine neue Tätigkeit ausgeübt? Ja Nein
Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Einschränkungen in der neuen Tätigkeit:

Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? Ja Nein
Wenn ja, welcher Art?

7. Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden? Ja Nein
Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang? % ab:
..... % ab:

Sind berufliche Massnahmen angezeigt? Ja Nein
Wenn ja, welche und durch wen?

8. IV/MV/Unfall-Versicherer
Ist eine Anmeldung erfolgt? Ja Nein
Wenn ja, bei wem? Wann:

Ort, Datum:
Stempel und Unterschrift des Arztes:

Honorarnote

Bitte beachten Sie, dass gemäss unserem Reglement die Kosten für beizubringende Unterlagen (z.B. Arztzeugnis) zu Lasten der Anspruchsberechtigten / versicherten Person gehen.

Wir bitten Sie deshalb, die Rechnung für dieses Zeugnis direkt an Ihren Patienten zu adressieren.

Rückfragen

Tel. 044 253 93 80 – Fax 044 253 93 94 - info@vorsorge-gf.ch