Zur Person

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Versicherte Person (Vorname, Name) |  | Geburtsdatum |  | AHV-Nummer |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Allgemeine Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  Bitte zusätzlich ICD 10- oder DSM-IV-Codes angeben.  Bestehend seit wann und in welchem Ausmass? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Falls Sie aussagekräftige Berichte von anderen Ärzten, Spitälern oder Institutionen haben, legen Sie diese bitte auch bei.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Anamnese |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeit

kann ich nicht beantworten

|  |  |
| --- | --- |
|  | Zeitlicher Umfang |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Angaben zur Behandlung

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegenwärtige Behandlung und Verlauf |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | In Behandlung bei Ihnen seit? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Rhythmus? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Letzte Kontrolle am? |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Objektive Befunde? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Angegebene Beschwerden? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aktueller Gesundheitszustand? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Prognose |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wird die psychologische Therapie durch einen Medizinerbegleitet? Falls ja, bitten wir um Bekanntgabe des Namens und der Adresse. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Unterschrift

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Vorname, Name des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ort, Datum |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Unterschrift |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wichtige Informationen

Die Erstellung des Berichtes können Sie gemäss Tarifvertrag verrechnen. Bitte benutzen Sie dazu das Rechnungsformular von der Berichtsanfrage.

Beilagen

Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können. Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Bericht einreichen

Bitte füllen Sie den beiliegenden Bericht elektronisch oder in Blockschrift aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Bitte schicken Sie das Formular in elektronischer Form an **arztberichte@svazurich.ch** (HIN geschützt).