

- Vom Vertragsarzt auszufüllen -

1. Wegen welcher Diagnose(n) besteht Arbeitsunfähigkeit?

(Bitte fügen Sie im verschlossenen Umschlag für den MDK eigene Befunde sowie vorhandene Berichte, z. B. Facharzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte bei.)

2. Welche Tätigkeiten übt der Versicherte derzeit aus?

(Bei Arbeitslosengeldempfängern bitte 2.1 und 2.2 beantworten.)

Bitte Bericht für
den MDK beifügen

2.1 Für welchen zeitlichen Umfang hat sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt? _____ Stunden pro Woche

2.2. Kann der Versicherte in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ☐ ja ☐ nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab _____

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

konservativ (ggf. wann und welche) _____

operativ (ggf. wann und welche) _____

5. Mitbehandler ist (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung):

(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

- | | |
|---|---|
| ☐ Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel
(Gilt nicht für Arbeitslose) | ☐ Ernährungsberatung |
| ☐ Stufenweise Wiedereingliederung
(Gilt nicht für Arbeitslose) | ☐ Rückenschule |
| ☐ medizinische Reha-Maßnahme | ☐ Umschulung |
| ☐ sonstiges (z. B. Suchttherapie, Soziotherapie): _____ | |

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

☐ ja (z. B. Arbeitsplatz, Muttersprache, soziales Umfeld) _____

☐ nein

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

☐ ja ☐ nein

9. Sonstiges/Bemerkungen

Bitte fügen Sie aktuelle Befundberichte bei. Vielen

Dank. _____

Datum _____

Konsensstempel/Unterschrift des Arztes



22