|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«D\_agenceAdr1»**«D\_agenceAdr2»«D\_agenceAdr3»«D\_agenceAdr4»«D\_agenceNoTel»«D\_agenceNoFax»leistungen\_pvnl@vaudoise.ch**Zuständig:**«MF\_Collaborateur»«telephone» | «confidentiel»«idDocument»/«idTemplate»/«timeStamp»/1

|  |
| --- |
| **«PP»** «X\_destPP» |

«EnteteAdresse» «noAgence»«D\_destAdr1»«D\_destAdr2»«D\_destAdr3»«D\_destAdr4»«D\_destAdr5»«D\_docLieu», «D\_docDate» |

**I/Ref.: «reference»**

**Dossier-Nummer: «nodossier», Arbeitsunfähigkeit ab «datesinistre»**

**Versicherungsnehmer: «nomPreneur», Police Nr. «npa» «branche»**

**Versicherte Person: «lesePrincipalNom» «lesePrincipalPrenom», «lesePrincipalDateNaissance»**

«EnteteLettreForm»

Als Krankentaggeldversicherer gemäss VVG bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen zuhanden unseres Vertrauensarztes auszufüllen, damit wir den Anspruch auf Taggeld beurteilen können.

Schicken Sie uns zudem alle Berichte über Untersuchungen, Konsilien, Spitalaufenthalte sowie Bildmaterial (Röntgenbilder, MRI usw.) und Operationsberichte, die im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit stehen.

Bitte legen Sie Ihrer Antwort Ihre Honorarrechnung bei (einfacher Bericht: CHF 60.–; detaillierter Bericht: CHF 80.–). Sie können diese Dokumente mit dem beiliegenden Antwortcouvert oder per
E-Mail an folgende HIN-gesicherte Adresse zurücksenden: beratender.arzt@vaudoise.ch. Bitte geben Sie im Betreff der E-Mail unbedingt die oben aufgeführte Dossier-Nummer an.

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Freundliche Grüsse |  |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne1» | «sign1\_raisonSocialeLigne1» |
|  | «sign2\_raisonSocialeLigne2» | «sign1\_raisonSocialeLigne2» |
|  | {signature#2#}«sign2\_nomSignataire» | {signature#1#}«sign1\_nomSignataire» |

 |

 **Zurück an**

 **Vertraulich**

«D\_destAdr1» VAUDOISE VERSICHERUNGEN
«D\_destAdr2» Beratender Arzt

«D\_destAdr3» Avenue de Cour 45

«D\_destAdr4» 1007 Lausanne

«D\_destAdr5»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Erstbericht****Krankenversicherung / Krankentaggeld** | [ ] KVG[x] VVG | Dossier : «nodossier»Beginn Arbeitsunfähigkeit: «datesinistre» |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitgeber** | «nomPreneur» |  |
|  |  |  |
| **Patient** | Vorname: «lesePrincipalPrenom» Name: «lesePrincipalNom» Anstellungsgrad: Ausgeübter Beruf:  | SV-Nr.:Geburtsdatum: «lesePrincipalDateNaissance» |
|  |  |  |
| **1. Erst-**  **behandlung**  | Datum:Name:Fachrichtung:  | Zeit:Ort: |
|  |  |  |
| **2. Ursache** | [ ] Krankheit [ ] Unfall [ ] Berufskrankheit [ ] Unbestimmt[ ] Schwangerschaft Errechneter Geburtstermin: |
|  |  |  |
| **3. Anamnese** | a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert? |
|  |  |  |
|  | b) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung? c ja c nein |
|  | Wenn ja, wo? |  |
|  | c) Bisherige Therapien: |  |
|  |  |  |

Dossier-Nummer: «nodossier»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | d) Subjektive Angaben des Patienten: |  |
|  |  |
|  | e) Welche früheren Erkrankungen und Unfälle beeinflussen den Heilungsverlauf? |
|  |  |
|  | f) Weiteres? |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **4. Objektive** **Befunde** | Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen) |
|  |  |
|  |  |  |
| **5. Diagnose (n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): |
| **mit** Auswirkung aufdie Arbeitsun-fähigkeit |  |
| **ohne** Auswirkungauf die Arbeitsun-fähigkeit |  |
|  | Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit: |
|  |  |
|  |  |  |
| **6. Andere Faktoren** | Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstigbeeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg,Sucht)? c ja c nein |
|  | Wenn ja, welche? |
|  |  |  |

Falls eine Verbindung zu einem beruflichen Kontext besteht, wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit bei einem anderen Arbeitgeber?

|  |
| --- |
|  |

Dossier-Nummer: «nodossier»

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Therapie** | a) Gegenwärtige Behandlung: |
|  |  |
|  | b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.): |
|  |  |
|  | c) Ist/wird der Patient hospitalisiert oder operiert? c ja c nein |
|  | Wenn ja, wo und wann? |
|  | d) Andere involvierte Ärzte oder Therapeuten? |
|  | Name: Ort:Fachrichtung: Seit wann: |
|  |  |  |
| **8. Arbeits-unfähigkeit** | Zumutbare Belastbarkeit(% der üblichenBelastung): | ZumutbareAnwesenheit imBetrieb(Std./Tag): | Evtl.AUFin %: | Arbeitsunfähigkeitvon: | Arbeitsunfähigkeitbis: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? c ja c neinArbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag voraussichtlich in Wochen zu Std./Tag |
|  |  |  |  |  |  |
| **9. Daten der Konsultationen** | Daten der bisherigen Konsultationen: |
|  |
|  | Nächster Termin: |
|  |  |
| **10. Andere Versicherer**  | Sind weitere Leistungsträger beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV,Pensionskasse, usw.)? c ja c nein |
|  | Wenn ja, welche? |
|  |  |

Dossier-Nummer: «nodossier»

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Bemerkungen**  | Insbesondere in Bezug auf Förderung der Wiedereingliederung (z.B.: Erleichterung der Arbeit,Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung, andere nicht medizinische Massnahmen): |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum: |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin: |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin: |
|  |  |  |  |  |
| EAN: |  | ZSR: |  | Tel:E-mail: |

Dossier-Nummer: «nodossier»