|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«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»

«D\_docDate»

**Dossier-Nummer: «nodossier», Ereignis vom «datesinistre»**

**Verischerte Person: «lesePrincipalNom»«lesePrincipalPrenom»«lesePrincipalDateNaissance»**

**Zuständig: «MF\_Collaborateur»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Zwischenbericht****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. Objektive** **Befunde** | Untersuchungen und bildgebende Befunde (bitte Kopien beilegen) |
|  |  |
|  |  |  |
| **2. Diagnose (n)** | ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n): |
| **mit** Auswirkung aufdie Arbeitsun-fähigkeit |  |
| **ohne** Auswirkungauf die Arbeitsun-fähigkeit |  |
|  | Objektive Einschränkung bei der gegenwärtigen Tätigkeit: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. 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: |
|  |  |
| **4. Verlauf** | a) bisheriger Verlauf und gegenwärtiger Zustand (subjektiv und objektiv): |
|  |  |
|  | b) Prognose:  |
|  |  |
|  |  |
| **5. Andere Faktoren** | Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können (z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)? c ja c nein |
|  | Wenn ja, welche? |
|  |  |
| **6. Arbeits-unfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz** | Welche körperlichen, geistigen, psychischen Einschränkungen bestehen und welche konkreten Auswirkungen haben diese Einschränkungen auf die aktuelle Tätigkeit (Arbeitsaufgaben)? |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
|  |  |  |  |  |  |
| **7. Arbeitsfähigkeit**nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes | 1. Wird die aktuelle Tätigkeit aus med. Sicht noch zumutbar sein?
2. Wird die Ausübung **der aktuellen Tätigkeit in einer anderenArbeitsumgebung** zumutbar sein?
3. Wird **eine angepasste Tätigkeit** aus med. Sicht zumutbar sein?
 | c ja c neinc ja c neinc ja c nein |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Wenn ja (bei a, b oder c):Welches ist das Belastungsprofil und welche sind die notwendigen Anpassungen? |
|  |  |
|  | Ab dem: zu Std./Tag zumutbare Belastbarkeit: % |
|  |  |  |  |  |  |
| **8. Second opinion** | Wäre eine konsiliarfachärztliche Beurteilung sinnvoll? | c ja c nein |
|  |  |  |  |  |  |
| **9. Integrations-massnahmen** | Können zusätzliche konkrete Massnahmen die Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen? | c ja c nein |
|  | Wenn ja: Mit welchen Massnahmen können wir die versicherte Person Ihrer Meinung nach- Medizinische Massnahmen?- Berufliche Massnahmen (z.B. Arbeitswegunterstützung, Job Coaching)?- Psycho-soziale Massnahmen? |
|  |  |
|  |  |
| **10. Bemerkungen** |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum: |  | Anschrift des Arztes/der Ärztin: |  | Unterschrift des Arztes/der Ärztin:  |