



Blitz-Arztzeugnis zur Arbeitsunfähigkeit

Sehr geehrte Frau Doktor
Sehr geehrter Herr Doktor

Bitte drucken Sie das Formular nachdem Sie es online ausgefüllt haben aus und senden Sie dieses per Post an:

Visana Services AG
Beratender Arzt
Leistungszentrum Taggeld
Postfach
3000 Bern 16

Bitte legen Sie dem ausgefüllten Formular das Originalformular bei, das Sie von Visana per Post erhalten haben.

Bitte füllen Sie das Formular komplett aus. Wir benötigen auch die Angaben vom Versicherten: Namen und Vornamen, Geburtsdatum und Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Sowie die Informationen des Arbeitgebers inkl. Ereignis-Nr. Sie finden diese auf unserem Originalformular.

Eine elektronische Übermittlung darf aus Sicherheits- und Datenschutzgründen ausschliesslich mit einem HIN-Account erfolgen.

Sie können uns die Kosten für Ihren Aufwand gemäss den Angaben auf dem Originalformular in Rechnung stellen.

Danke für Ihre wertvolle Hilfe.

Freundliche Grüsse

Visana Services AG
Leistungszentrum Taggeld



Blitz-Arztzeugnis zur Arbeitsunfähigkeit

Sie helfen uns mit diesem Blitz-Arztzeugnis, frühzeitig die richtigen Massnahmen und die nötige Unterstützung einzuleiten. Durch Ihre Angaben wird eine rasche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben begünstigt. Ihre schnelle Antwort honorieren wir mit einer attraktiven Entschädigung. Bitte legen Sie uns einen Einzahlungsschein mit IBAN-Nr. bei. Besten Dank.

Rücksendung innert 2 Wochen

CHF 100.– / € 80.–

Rücksendung innert 3 Wochen

CHF 60.– / € 50.–

versicherte Person _____ arbeitsunfähig seit _____

Geburtsdatum _____

Arbeitgeber _____ Ereignis-Nr. _____

1. Diagnose(n) _____

2. Befunde (relevante radiologische oder Laborbefundene wie Abklärungsberichte beilegen)

3. Grund der Arbeitsunfähigkeit Krankheit Unfall

Schwangerschaftskomplikationen errechneter Geburtstermin: _____

4. a) Wurde eine spezialärztliche Untersuchung durchgeführt? ja nein

b) Ist eine spezialärztliche Untersuchung geplant? Wenn ja, wann und bei welcher Fachstelle?

c) Ist ein operativer Eintritt vorgesehen oder eine Hospitalisation geplant?

Wenn ja, wann, wo und welcher Eingriff?

5. Arbeitsunfähigkeit AUF von _____ bis _____ Grad _____%

6. Prognose der Arbeitsunfähigkeit in 0 - 4 Monaten 4 - 6 Monaten > 6 Monaten

7. Voraussichtliche Arbeitsaufnahme per Datum _____ Grad _____%

8. Einfluss weiterer, nichtmedizinischer Faktoren auf die AUF ja nein

Arbeitsplatz privat kulturell andere

Bemerkungen: _____

9. Wie beurteilen Sie die Motivation der/des Versicherten zur Rückkehr in den Arbeitsprozess?

motiviert wenig motiviert

Bemerkungen: _____

10. Kommt eine andere Tätigkeit in Frage? ja nein Abklärung notwendig

11. Wird der/die Versicherte die aktuelle berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können?

ja nein

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes