|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SVA St.GallenBrauerstrasse 54Postfach9016 St.Gallen |  | Name und Adresse des Arztes/der Ärztin |

**Angaben zur Arbeitsunfähigkeit für die Rekonvaleszenzzeit**

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

Die obgenannte Person wurde kürzlich operiert. Für die Festsetzung der IV-Taggeldleistung bitten wir Sie um folgende Angaben:

1. Stationärer Aufenthalt vom       bis
2. 100 % arbeitsunfähig vom       bis
3. % arbeitsunfähig vom       bis
4. % arbeitsunfähig vom       bis
5. Über 50 % arbeitsfähig ab
6. Allfällige Bemerkungen:

Datum:

 Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Für die Beantwortung obiger Fragen kann keine Rechnungsstellung erfolgen (gilt als allgemeine Grundleistung).

Die Rücksendung kann direkt an die E-Mailadresse iv-anfragen\_berichte@svasg.ch erfolgen oder aber auch per Post.