**Ärztlicher Bericht zur Eingliederung**

(Bitte von Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin ausfüllen lassen)

Versicherte Person (Vorname, Name) Geburtsdatum AHV-Nummer

Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

1. **Angaben zum Gesundheitsschaden (sofern möglich, mit Diagnosen)**  
   Bei psychiatrischen Leiden bitte ICD-10, DSM-IV-Codes angeben oder Problematik beschreiben. Seit wann?

1. **Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit, welche Arbeitsunfähigkeiten haben Sie bisher bescheinigt?**

1. **Welche Funktionsausfälle schränken die Arbeitsfähigkeit ein?**

1. **Welche Tätigkeiten könnte die versicherte Person noch ausüben? Wie viele Stunden pro Tag?**

1. **Laufende und geplante Behandlungsmassnahmen**  
   (Aktuelle Medikation, geplante Operationen, geplante stationäre oder ambulante Behandlungen, andere behandelnde Institutionen)

1. **Prognose**

1. **Gibt es Gründe, die gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung sprechen?**

ja  nein  
  
Wenn ja, welche?

1. **Telefonische Kontaktaufnahme durch RAD-Arzt/RAD-Ärztin erwünscht?**  ja  nein
2. **Ergänzende Bemerkungen**

1. **Datum, Unterschrift und Stempel**

Stempel:

Datum: Unterschrift:

Vorname, Name: Fachrichtung:

Adresse, Ort:

1. **Beilagen**Wir bitten Sie, Kopien der Berichte von Spitälern und Spezialärzten/Spezialärztinnen beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können.

Zur Verrechnung dieses ärztlichen Berichtes sind die TarMed Positionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten 00.0140 bzw. 02.0070 zu verwenden. Eine eventuell benötigte Konsultation und Untersuchung können Sie uns zusätzlich nach Tarif in Rechnung stellen.