

# Ärztlicher Bericht zuhanden des Vertrauensarztes von ÖKK

## A. Angaben zur Person

Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Beruf:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:

## B. Fragen zum Gesundheitszustand

Ärztliche Beobachtung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Letzte Kontrolle am: \_\_\_\_\_

1. Diagnose(n): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Familiäre Krankheitsbelastungen? \_\_\_\_\_

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Frühere Krankheiten/Unfälle/Operationen? \_\_\_\_\_

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Alkohol- und Nikotinkonsum? \_\_\_\_\_

ja  nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

Drogenkonsum?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

5. Wichtige Befunde (mit Datum der Erhebung):

Grösse:

Gewicht:

Blutdruck:

Puls/-qualität:

EKG-Befund:

Labordaten:

---

---

---

Weitere relevante Befunde:

---

---

---

6. Seit wann besteht/bestehen das/die Leiden?

---

---

---

---

---

7. Seit wann hat die erkrankte Person Kenntnis von diesem/diesen Leiden?

---

---

---

8. Wurden bereits Behandlungen durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

Sind Behandlungen geplant?

ja  nein

Wenn ja, welche und wann?

---

---

---

Ist eine Operation vorgesehen?

ja  nein

Wenn ja, welche und wann?

---

---

---

9. Bestand oder besteht eine Arbeitsunfähigkeit?

ja  nein

Wenn ja, Dauer/Grad?

von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:
von:	bis:	Grad in %:

10. Prognose betreffend

Krankheitsverlauf:

---

---

---

Abschluss der Behandlung:

---

---

---

Bleibende funktionelle Defizite:

---

---

---

Bleibende Arbeitsunfähigkeit:

---

---

---

Risiko einer Invalidisierung:

---

---

---

Stationären Aufenthaltes:

---

---

---

11. Sind Ihnen Gesundheitsrisiken, die aus obigen Antworten nicht klar ersichtlich sind, bekannt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

12. Bemerkungen/Ergänzungen:

---

---

---

---

---

Ort/Datum:

Unterschrift:

---

Berichtskosten CHF:

(Bitte Einzahlungsschein beilegen)

---

Bitte senden Sie das Formular an untenstehende Adresse: