



Schweizerische Ärzte-Krankenkasse  
Caisse-Maladie des Médecins Suisses

Mitglied:

behandelnder Arzt:

Bitte mit Schreibmaschine oder Blockschrift ausfüllen

**Zwischenbericht**  
(aufgrund Ihrer Aufzeichnungen)

**1. Ursache der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit/Invalidität:**

- genaue Diagnose  
.....  
.....  
.....
- Beginn der Symptome .....  
.....
- **Letzte Konsultation** .....
- Stand Patient wegen gleicher Krankheit bzw. Unfall schon in Behandlung?  ja  nein (bitte ankreuzen)
- Falls ja:  
- wann und bei wem?  
.....

**2. Behandlung:**

- **ambulant** durch Sie seit.....
- vor Ihnen Dr..... in..... seit.....
- weitere Ärzte: Dr..... in..... seit.....  
Dr..... in..... seit.....
- **stationär / wo:** ..... von.....bis.....Dr.....
- / **wo:** ..... von.....bis.....Dr.....
- Bitte allenfalls Kopie des Austrittsberichtes beilegen.
- **Kuraufenthalt / wo:** ..... von.....bis.....Dr.....  
..... von.....bis.....Dr.....

**3. Anamnese und Verlauf des Falles:**

**4. Prognose:**

**5. Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit**

100 % von..... bis.....

.....% von..... bis.....

.....% von..... bis.....

.....% von..... bis.....

- kann mit Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden:

ja:  (bitte ankreuzen)      nein:

wenn ja:

zu:.....%

ab:.....

zu:.....%

ab:.....

**6. Sofern eine Invalidität besteht, bitte Schweregrad der Behinderung angeben in %.....**

- wurde eine IV-Rente beantragt?

ja:     nein:  (bitte ankreuzen)    Datum:.....

- ist eine IV-Revision vorgesehen?

ja:     nein:  (bitte ankreuzen)    Datum:.....

**7. Sonderfragen / Bemerkungen:**

**Datum:**

**Stempel und Unterschrift:**