|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse: | AU-SZ Meschede  Winziger Platz 4  59872 Meschede  Fax: 0291/54 09-20  Tel: 0291/54 09-0 |

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | AU seit: |
| Straße: | AU-Diagnose: |
| PLZ, Ort: | Letzte Tätigkeit: |
| Geb.: | Kündigung zum: |
| Alter: | Arbeitslos, ja :  seit: |
| Arbeitgeberwunsch, ja : | AU bescheinigender Arzt: |

**Ergebnis der sozialmedizinischen Fallberatung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gruppe: |  |
| **I** | Plausible AU-Dauer/ AU auf Zeit – Wiedervorlage mit aktueller Arztanfrage in \_\_ Wochen |
| **II** | Auffällige Dauer der Arbeitsunfähigkeit |
|  | Symptombezogene Befragung mit Untersuchung |
|  | Weitere Ermittlungen – Wiedervorlage mit aktueller Arztanfrage in \_\_ Wochen |
|  | Verdacht auf Gefährdung / Minderung der Erwerbsfähigkeit – sozialmedizinische Fallberatung durch örtlichen MDK |

**Einladung zum: um Uhr.**

|  |
| --- |
| Datum, Stempel, Unterschrift des vorberatenden Arztes |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fremdbefunde: | Röntgenbilder | Arztanfrage | KH-Entlassungsberichte | | Fremdbefunde | | Sonstiges |
| Datum: | \_\_ / \_\_ |  |  |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Letzte Tätigkeit nach Angaben des Patienten: | |
| Subjektive Beschwerden: | |
| Bisherige Therapie: | |
| Lokalbefund: | |
| Diagnose: | ICD: |
| Nebendiagnose: | ICD: |
| Aus med. Sicht nicht weiter AU. Letzter Tag der AU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aus med. Sicht auf Zeit AU. Symptombezogene Befragung mit Untersuchung in \_\_\_ Wochen.  Aus med. Sicht auf Zeit AU. SFB bei örtlichem MDK mit aktueller Arztanfrage in \_\_\_ Wochen.  Aus med. Sicht auf Zeit AU. Verdacht auf Minderung / Gefährdung der Erwerbsfähigkeit besteht, Leistungsbild erforderlich, SFB durch örtlichen MDK in \_\_\_\_ Wochen. | |
| Datum, Stempel, Unterschrift des Gutachters | |