|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse: | AU-SZ MeschedeWinziger Platz 459872 MeschedeFax: 0291/54 09-20Tel: 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 |