

AOK Westfalen-Lippe
Regionaldirektion
Märkischer Kreis
Treppenstraße 9
58638 Iserlohn

Ihre Anfrage vom 14.09.2007
Ihr Zeichen:
Telefax: 02371/8084-50
Geburtsdatum des Versicherten:

Name, Vorname	Kassen-Nr. 3411401	Versicherten-Nr.
---------------	-----------------------	------------------

- Angaben des Arztes -

1. Wegen welcher Diagnose(n) ICD 10 besteht die Arbeitsunfähigkeit?

2. Aktuelle Befunde und Therapie: Bitte übersenden Sie uns den aktuellen Krankenhausentlassungsbericht in Kopie zur Vorlage beim MDK Iserlohn.

3. Welche Pharmakotherapie wird durchgeführt?

4. Bisheriger Krankheitsverlauf:

-

-

5. Wie schätzen Sie die Erfolgsaussicht der derzeitigen Behandlung ein?

6. Kommen als Alternative andere Therapien in Betracht (beispielsweise ambulante Psychotherapie, stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung)?

ja, welche? _____ nein

7. Bei Beschäftigten: Ist eine stufenweise Wiedereingliederung indiziert?

ja, ab _____ nein

8. Wie schätzen Sie die Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ein (einschließlich der zeitlichen Dimension)?

Hinweis: Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von arbeitslosen Versicherten richtet sich nicht nach der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern es besteht **Arbeitsfähigkeit**, wenn der Versicherte eine mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

arbeitsfähig ab: _____ voraussichtlich noch weiter
arbeitsunfähig für insgesamt: _____ Tage/Wochen

Medizinische Prognose insgesamt: _____

9. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

ja nein

10. Existiert ein Arbeitsplatzkonflikt („Mobbing“)?

ja nein

Falls ja, wird mit der Arbeitsunfähigkeitsattestierung primär das Ziel verfolgt, dem Versicherten die derzeitige Arbeitsplatzsituation nicht zuzumuten?

ja nein

Wäre der Versicherte in der Lage, seine letzte Tätigkeit auszuüben, wenn es diesen Arbeitsplatzkonflikt nicht geben würde?

ja nein

11. Besteht eine komorbide Suchterkrankung (F10 bis F19)?

ja, und zwar _____ nein

Falls ja, ist deswegen eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung erforderlich?

ja nein

Wenn nein, warum nicht? _____

12. Gibt es primär Gründe in der persönlichen Lebenssituation des Versicherten, die letzte Berufstätigkeit nicht weiter auszuüben (beispielsweise die Versorgung eines Kindes, Pflege eines Angehörigen, etc.)?

ja, und zwar _____ nein

13. Sonstiges/Bemerkungen _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des Arztes

Datum