

## Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen

Versicherten-Nr.

Zuständig  
Telefon

Datum

Versicherter

Beantragte Leistungen:

Fragen/Bemerkungen:

---

1. Gesundheitszustand seither:     stationär     verschlechtert     verbessert

2. Verlauf Arbeitsunfähigkeit seit dem letzten Bericht?

AUF in %	von:	bis:

3. Änderungen der Diagnosen?

3.1 Welche haben einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit?

3.2 Seit wann und in welchem Ausmass? (Bitte Arbeitsunfähigkeit in Prozenten angeben.)

4. Verlauf / veränderte Befunde:

5. Therapeutische Massnahmen / Prognose:

6. Wie hoch sind die Behandlungsfrequenz und die aktuelle Medikation?

7. Datum der letzten ärztlichen Kontrolle: .....

8. **Beilagen**

Wir bitten Sie, neue in der Zwischenzeit eingetroffene Berichte von Spitälern und Spezialärzten / Spezialärztinnen zuhanden unseres ärztlichen Dienstes beizulegen oder diese genau zu bezeichnen, damit wir sie selbst anfordern können.  
Originalberichte werden nach Einsichtnahme zurückgesandt.

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin