

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

**Zusatzfragen über Arbeitsunfähigkeit**

Zuhanden des ärztlichen Dienstes der zuständigen Pensionskasse.

**1. Personalien der zu versichernden Person**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

**2. Berufliche Angaben**

Arbeitgeber

Aktuelle berufliche Tätigkeit?

Erlerner Beruf?

**3. Seit wann war das Leiden für die versicherte Person erkennbar und seit wann war ihr die Diagnose bekannt?**

Frühere Krankheiten oder Unfälle?

4. Wann genau trat erstmals eine Arbeitsunfähigkeit auf bezogen auf diese Krankheit?


Ab wann besteht eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20%?


---

5. Bitte Kopien von vorhandenen Konsiliar- und / oder Verlaufsberichten beilegen oder Adresse der konsultierten Ärzte angeben.


Bitte Kopien von vorhandenen Operations-, Verlaufs- und Austrittsberichten beilegen oder Adresse der konsultierten Ärzte oder Spitäler angeben.


---

6. Gibt es nicht-medizinische Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit haben (z.B. Arbeitsverhältnis, Stellenverlust, Faktoren des sozialen Umfeldes, usw.)?

Ja  Nein

Wenn Ja, welche?


Wodurch ist die Arbeitsunfähigkeit konkret eingeschränkt?


7. Hat sich eine neue, abweichende Ursache der Arbeitsunfähigkeit ergeben?

Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

---

---

---

Krankheit  Unfall

Diagnose und ICD-Code?

---

Wann genau traten die ersten Symptome auf?

---

Bei Unfall: Unfalldatum und Art des Unfalles?

---

Verlauf und Prognose seit Ihrem letzten Bericht?

---

---

---

8. Kann die Arbeitsunfähigkeit durch medizinische, therapeutische oder andere Massnahmen verbessert werden?

Ja  Nein

Wenn Ja, durch welche?

---

---

---

9. Ist aus medizinischer Sicht eine berufliche Umstellung zu prüfen?

Ja  Nein

Wie sollte diese berufliche Umstellung aussehen?

---

---

---

Wurde bei der IV oder beim Unfall-Versicherer ein Antrag auf berufliche Massnahmen gestellt?

Ja  Nein

Wenn Ja, wann und wo?

---

---

---

10. Welche Arbeiten sind der versicherten Person unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar?


Bitte unterteilen Sie in Aktivitäten/ Zeitumfang/ Leistung (Rendement):

In welchem zeitlichen Rahmen?

Mit welcher Leistung (Rendement)?

	Ja		Nein		Ganztags ( X )	Halbtags ( X )	Anzahl h/ Woche	Mit welcher Leistung ( Rendement )? ( % )
Rein «Sitzende» Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Tein «stehende» Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Vorwiegen im Gehen ausgeübte Tätigkeiten (unebenes Gelände?)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Wechselbelastende Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Über Kopf-Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Kauern	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Rotation im Sitzen/ Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Heben/ Tragen (körpernah/-fern?)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Auf Leitern/ Gerüste steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Treppen steigen (repetitiv?)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Seit wann gelten die Angaben?

--

Gibt es spezielle Punkte die zu berücksichtigen sind (bspw. Schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit, ruhiger Arbeitsplatz)?


Sind unterstützende Hilfsmittel angezeigt?

Ja       Nein

Wenn Ja, welche?


Welche Teiltätigkeiten (Beispiele...?) sind genau nicht mehr möglich


**11. IV/ MV/ Unfall-Versicherer**

Ist inzwischen eine Anmeldung erfolgt?

 Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

Wenn Ja, bei?

 IV  MV  Unfall-Versicherer

Name des Unfallversicherers?

Namen eventueller anderer Versicherer?

Dossier-Nr. (falls zur Hand)?

**Falls noch keine Anmeldung bei IV/ MV/ Unfall-Versicherer erfolgte:**

Ist diese geplant?

 Ja  Nein

Wenn Ja, wann?

Wenn Nein, weshalb nicht?

**12. Haben Sie dafür Berichte erstellt?** Ja  Nein**Haben Sie bereits für andere Stellen Berichte erstellt?** Ja  Nein

Wenn Ja, für welche? Wann?

Bitte legen Sie Kopien bei!

**13. Sind regelmässige Medikamentenspiegel veranlasst worden?** Ja  Nein

Ergebnis?

**14. Werden die Therapiemassnahmen von der versicherten Person seriös fortgesetzt?** Ja  Nein

Wenn nicht: mögliche Gründe?

**15. Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge?**


---

**Arzthonorar**    Kurzbericht CHF 60.-    Ausführlicher Bericht CHF 80.-    Zeitraubender Bericht CHF 140.-

**Bitte Einzahlungsschein beilegen!**

---

--

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes