

**Beurteilung des Medizinischen Dienstes** 81 weitere Ermittlungen d. Kasse, erford. Unterlagen s. u.

82 weitere Ermittlungen durch MD Bst 91 Begutachtg. durch Bst Termin:

**Mit SFB erledigt:** 10AU med. nicht nachvollziehbar (Rückinfo) 10 aus med. Sicht nicht weiter au

20 AU auf Zeit, s. u. 30 AU auf Dauer (Begründung s. unten) 70 erhebl. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

**Sozialmed. Begründung:** 70 Minderung der Erwerbsfähigkeit

**Anlass/Fragestellung**  Dauer/Häufigkeit Zweifel Arbeitgeber § 51 SGB V § 74 SGB V

Zusammenhang VE BK/Arbeitsunfall Sonstiges / Erläuterungen:

KG-Ende:

**AU seit:**

Strasse, Ort: Tel.

ICD Diagnose

med. Reha: berufl.Reha: Rentenantrag: GdB/MdE:

Arbeitslos seit Gekündigt zum:

Selbst. als: Beschäft. als: Vermittlungstätigkeit:

Firma

Vollzeit: Teilzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Std.

Name beh. Arzt (mit Fachrichtg. u. Tel.)

Krankenhaus, Reha (wo, von/bis)

Geburtsdatum PLZ Wohnort

. .

**Auftraggeber** (mit Name Sachbearb., Durchwahl, Fax)

IK

MNR/VSNR:

Datum,Name,Unterschrift ,Stempel Medizinischer Dienst

Vorlage Nr.

Datum:

**Name, Vorname** der/des Versicherten:

**SFB Arbeitsunfähigkeit**