Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: geb.:

Verlaufsbericht H-Arzt

1. Befund und bisheriger Verlauf:

2. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit:
   - ☐ Der Patient ist ab arbeitsfähig.
   - ☐ Der Patient ist noch arbeitsunfähig, weil

   Die Arbeitsunfähigkeit endet voraussichtlich am .

Datenschutz:
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 135a) und Auslagen nach der UV-GOÄ