

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit für die Rekonvaleszenzzeit

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

Versicherter:

Fragen/Bemerkungen:

Die obgenannte Person wurde kürzlich operiert. Für die Festsetzung der IV-Taggeldleistungen bitten wir Sie um folgende Angaben:

1. Stationärer Aufenthalt vom bis
2. 100% arbeitsunfähig vom bis
3. % arbeitsunfähig vom bis
4. % arbeitsunfähig vom bis
5. Über 50% arbeitsfähig ab:.....
6. Allfällige Bemerkungen:

Für die Beantwortung obiger Fragen innert 10 Tagen kann die Tarifiziffer 00.2205 in Rechnung gestellt werden.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin