sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz KVG

Versicherungsnehmer

Firma:

Zuständige Person:

Strasse:

PLZ | Ort:

Telefon:

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ | Ort:

Versicherten-Nr.:

AHV-Nr.:

Berufliche Tätigkeit:

Telefon:

Geschlecht: ☐ männliche ☐ weiblich

Krankheit | Unfall | Mutterschaft

Ärztin | Arzt:

Grund: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft | Geburtstermin ET:

Arbeitsunfähig seit: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeit wieder aufgenommen ab: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Selbständig erwerbend

Branche: Rechtsform: Anzahl Angestellte:

AHV-Bruttolohn CHF:

(AHV-Abrechnung, Beitragsverfügung oder aktuelle Erfolgsrechnung beilegen)

Fixe Betriebskosten CHF: Betriebliche Mehraufwendungen:

Wer führt den Betrieb während Ihrer Arbeitsunfähigkeit?

Bei landwirtschaftlicher Betriebshilfe: Bitte Betriebshelfer-Rechnung der Organisation (LBF) in Kopie beilegen, respektive regelmässig einreichen.

Beziehen Sie noch Leistungen anderer Versicherer (Taggelder, Renten, usw.)? Wenn ja, welche?

Ort und Datum:

Unterschrift:

sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Arztzeugnis

Name:		Versicherten-Nr.:	
Vorname:		AHV-Nr.:	
Geburtsdatum:		Berufliche Tätigkeit:	
Strasse:		Telefon:	
PLZ | Ort:		Geschlecht:	☐ männliche ☐ weiblich

Ärztin | Arzt:

Grund: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft | Geburtstermin ET:

Arbeitsunfähig seit: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeit wieder aufgenommen ab: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 10 Tage dauert, unbedingt das ganze Formular durch die Ärztin oder den Arzt ausfüllen lassen (Diagnose bitte immer angeben).

Diagnose inklusive ICD-Codes:

Angaben zur Person, Anamnese zum Leiden, subjektive wie objektive Beschwerden, Rückfall:

Behandlungsbeginn sowie bisherige Konsultationen:

Attestierte Arbeitsunfähigkeit:

Therapie

Aktuelle Medikation

Aktuelle Therapie

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

Findet eine spezialärztliche Abklärung statt? Wo?

Prognose zur Dauer der Arbeitsunfähgkeit?

Ort | Datum:

Stempel der Ärztin | des Arztes:

Antwort an: Sumiswalder Krankenkasse, Vertrauensärztlicher Dienst, Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald oder vad@sumiswalder.ch

sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Taggeldkarte

Name: Vorname: Versicherten-Nr.:

Bitte beachten

- **Die Taggeld-Karte bleibt während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Versicherten. Sie ist der Ärztin oder dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen.**
- Alle 4 bis 6 Wochen ist die Taggeldkarte (Kopie) zur Zwischenabrechnung einzureichen (taggeld@sumiswalder.ch).
- Bei Wiederaufnahme der Arbeit muss die Taggeld-Karte unverzüglich an die Kasse eingesandt werden.
- Bei UVG-Unfällen erfolgt die Auszahlung nur gestützt auf die Abrechnung des UVG-Versicherers (Kopie der Abrechnung ist einzureichen).
- Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Vertrauensarzt der Sumiswalder mit meinen Ärzten in Kontakt zu treten, um die Leistungspflicht aus medizinischer Sicht zu beurteilen (sofern dies notwendig ist).

Ort | Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Aktuelle Tätigkeit: Beschäftigungsgrad in %

Eintragungen der Ärztin | des Arztes ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft

Datum der Konsultation		**Arbeitsunfähigkeit**		**Unterschrift der Ärztin	des Arztes**
aktuell	nächste Beurteilung	Grad %	Gültig ab	

Abschluss der ärztlichen Behandlung am:

Stempel und Unterschrift der Ärztin | des Arztes:

Bemerkungen zu einer allfälligen Teilarbeitsfähigkeit		
%	d.h.	Std. pro Tag zu %
%	d.h.	Std. pro Tag zu %
%	d.h.	Std. pro Tag zu %
%	d.h.	Std. pro Tag zu %

Stempel und Unterschrift der Ärztin | des Arztes:

Bemerkungen: