

Arbeitsunfähigkeitsnachweis Erstbescheinigung

Mitglieds-Nr.: _____ Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

Im Interesse einer zügigen Bearbeitung bitten wir um die Beantwortung aller Fragen.

1. Berufliche Tätigkeit

- Arbeitnehmer Berufsbezeichnung _____
Name Arbeitgeber _____
Lohnfortzahlung im Krankheitsfall Lohn/Gehalt für _____ Wochen
- selbständig und einkommensteuerpflichtig Berufsbezeichnung _____
Name und Anschrift des Unternehmens _____
Anzahl Mitarbeiter _____
Lohnfortzahlung im Krankheitsfall Lohn/Gehalt für _____ Wochen
- Arbeitssuchend ja, seit _____ nein

2. Krankenversicherungsschutz (privat/gesetzlich)

- Private Krankenversicherung: _____
- Pflichtversicherung – Gesetzl. Krankenversicherung: _____
- Freiwillige Versicherung – Gesetzl. Krankenversicherung: _____

3. Haben Sie weitere Krankentagegeld-/Krankengeldversicherungen? ja nein

Wenn ja: Private / Gesetzliche Krankenversicherung (Name der Gesellschaft):

täglich EUR _____ seit _____

4. Rentenantrag

Aus der privaten-/gesetzlichen Rentenversicherung erhalte ich

- BU-Rente nein ja seit: _____ Bitte legen Sie uns das entsprechende Gutachten vor.
- EU-Rente nein ja seit: _____ Bitte legen Sie uns das entsprechende Gutachten vor.

5. Arbeitslosenversicherung

Werden Beiträge an die Bundesanstalt für Arbeit gezahlt? ja nein

Es ist mir bekannt, dass die Zahlung unter Vorbehalt der Richtigkeit erfolgt.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten _____

Arbeitsunfähigkeitsnachweis Erstbescheinigung

Mitgliedsnummer: _____ Vor- und Zuname _____ OPI: _____

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit – diese Seite ist vom behandelnden Arzt auszufüllen –

Wichtig: Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, der Selbstständig oder freiberuflich Tätige auch nicht mitarbeitend, leitend oder aufsichtführend.

Behandlungsbeginn: _____ Arbeitsunfähig seit: _____

Rezidiv bzw. Folgekrankheit von: _____

Diagnose: _____
(bei jeder Ausstellung anzugeben)

Datum der Untersuchung: _____

Noch arbeitsunfähig? ja, zu _____ % bis voraussichtlich _____
 nein

Stationäre Heilbehandlung von: _____ bis _____

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit i.S.d. obigen Definition: _____

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes/Datum