

# Arbeitsunfähigkeitsnachweis Folgebescheinigung

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ OPI: \_\_\_\_\_

**Nachweis über Arbeitsunfähigkeit – Felder im Kasten sind 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.

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

**Die Auszahlung kann nur erfolgen, wenn die nachstehenden Fragen bei jeder Einreichung vollständig ausgefüllt sind.**

**1. Änderung, Beendigung oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit?**  ja  nein

ja, folgende Änderung hat sich ergeben:

Beendigung Arbeitsverhältnis zum \_\_\_\_\_

Aufgabe Gewerbe zum \_\_\_\_\_

berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**2. 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.

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

Datum und Unterschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_