

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

- Keine Rente Rente seit _____ Rentenart: _____
- Es wurde keine Rente beantragt Rente beantragt am _____

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