

Sie können dieses Formular online ausfüllen.
Bitte vergessen Sie nicht, das Formular zu unterschreiben, bevor Sie es an uns senden.



AXA Partners
Berliner Str.300
63067 Offenbach
Fax: 069 380 799 68
<http://clp.partners.axa/de/leistungsfall>
email: clp.de.leistungsservice@partners.axa

Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

Folgebescheinigung – von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt auszufüllen

Angaben des/der versicherten Person (Bitte ergänzen und unterschreiben)

Vor-/Nachname												
Straße/Nr. - PLZ/Wohnort												
Vertrags- oder Leistungsfallnummer												
Haben Sie Ihre Arbeit wieder aufgenommen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>								
Datum der Wiederaufnahme der Arbeit	T	T	M	M	J	J	J	J				

Ich bin weiterhin arbeitsunfähig und beantrage eine Leistung gemäß den Versicherungsbedingungen. Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass ich sämtliche erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss und alle meine Rechte gemäß den Versicherungsbedingungen verlieren werde, wenn ich bewusst falsche Angaben mache. In diesem Fall behält sich AXA das Recht vor, gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich bin gegenüber AXA beweispflichtig und muss meinen entstandenen Leistungsfall nachweisen.

Ort, Datum	Unterschrift des/der versicherten Person
------------	--

Bescheinigung des Arztes – Fortlaufende Arbeitsunfähigkeit (Etwaige Attestkosten sind vom Patienten zu tragen)

1. Beginn der Arbeitsunfähigkeit												
2. Diagnose (bitte ICD-Schlüssel nennen)												
3. Wie lange wird die Arbeitsunfähigkeit in jedem Falle andauern?												
4. Prognose des Zustandes												
5. Datum an dem der Patient/die Patientin eine Arbeit voraussichtlich wieder aufnehmen kann												
6. Bei Diagnoseänderung, bitte angeben?												
Neue Diagnose	ICD	Ab Datum	T	T	M	M	J	J	J	J		

7. Im Falle einer Krankenhauseinweisung oder eines Kuraufenthaltes, bitte angeben

Name und Adresse des Krankenhauses/der Kuranstalt

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Einweisung

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Entlassung

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

8. Ist der Patient wieder in der Lage seinen Beruf auszuüben?

Ja

Nein

Ist der Patient/die Patientin weiterhin arbeitsunfähig?

Ja

Nein

Findet eine Wiedereingliederung statt?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ich bestätige, dass der Patient/die Patientin unter meiner medizinischen Aufsicht steht/stand. Er/Sie ist/war nach meiner Ansicht arbeitsunfähig und nicht in der Lage während des oben genannten Zeitraumes den Beruf auszuüben.

Ort, Datum	Praxisstempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin
------------	--