



Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

## Ärztliche Bescheinigung – vom behandelnden Arzt auszufüllen (falls nicht identisch mit dem Hausarzt)

### 1. Angaben über die versicherte Person

Frau    Herr

Vorname  Geburtsdatum 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

Name

### 2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient? 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

2) Welche Erkrankung hat die Arbeitsunfähigkeit verursacht (genaue Diagnose)?  
 Bitte geben Sie hier zusätzlich den ICD-Code an.  
  
 Falls die Arbeitsunfähigkeit durch mehr als eine Erkrankung verursacht wird, nennen Sie bitte die schwerwiegendste Diagnose zuerst.

3.a) Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit? 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

3.b) Seit wann besteht dieses Leiden? 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

4) Wann wurde die versicherte Person erstmalig über die Diagnose informiert? 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

5) Wann kann die versicherte Person die Arbeit voraussichtlich wieder aufnehmen? 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

6.a) Welche Ärzten haben die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

6.b) In welchem Zeitraum?

von 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

bis 

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

7) Anamnese der Erkrankung  
 Falls Sie Kopien von Reha-, Konsiliar- oder Krankenhausberichten beifügen, aus denen die Angaben hervorgehen, können Sie an dieser Stelle auch auf diese verweisen.

Ja    Nein

AS-CLAIM-FORM 11\_2020



8.a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspintomographie veranlasst?

8.b) Falls ja, Datum der Untersuchung

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

9.a) Wurde die versicherte Person bereits früher wegen des aktuellen Leidens oder ursächlich damit in Zusammenhang stehender Leiden/Vorerkrankungen ärztlich beraten oder behandelt?

Ja  Nein

9.b) Falls ja, Datum der Beratung/Behandlung

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

10.a) Ist die versicherte Person gesundheitlich in der Lage, eine andere berufliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung und ihrem bisherigen Lebensstandard entspricht?

Ja  Nein

10.b) Falls ja, ab welchem Datum?

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

11.a) Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversuch, normale Schwangerschaft, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Sucht, psychische Probleme oder Depressionen zurückzuführen?

Ja  Nein

11.b) Falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben

12.a) Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

Ja  Nein

12.b) Falls ja, welche?

**Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde**

13.a) Bitte kreuzen Sie die Art des Unfalles an

Verkehrsunfall  Freizeitunfall  
 Arbeitsunfall

13.b) Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja  Nein

13.c) Falls ja, was waren die Ergebnisse der Untersuchung?

**Ort, Datum**

**X** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Arztes und Praxisstempel**

**X** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer des Arztes**

**X** \_\_\_\_\_

**Hinweis: Eventuell entstandene Kosten für das Ausfüllen dieser ärztlichen Bescheinigung sind laut der Allgemeinen Versicherungsbedingungen von der versicherten Person zu tragen und dieser in Rechnung zu stellen.**

AS-CLAIM-FORM 11\_2020