

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



AXA
Martin-Behaim-Straße 22
63263 Neu-Isenburg
Fax: 06102 / 2918 190
<http://clp.partners.axa.de/leistungsfall>
email: clp.de.leistungsservice@partners.axa

Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

Ärztliche Bescheinigung – vom Hausarzt auszufüllen

1. Angaben über die versicherte Person

Frau Herr

Vorname

Geburtsdatum

Name

2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient?

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?

3.b) Seit wann besteht dieses Leiden?

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

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

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

Name

Strasse

PLZ/Ort

6.b) In welchem Zeitraum?

von

bis

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.



8.a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspintomographie veranlasst?

Ja Nein

8.b) Falls ja, Datum der Untersuchung

TT MM JJJJ

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

TT MM JJJJ

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?

TT MM JJJJ

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

[Empty box for details]

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

Ja Nein

12.b) Falls ja, welche?

[Empty box for details]

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?

[Empty box for results]

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 May 2016