



Formular bitte einsenden via unsere Internetseite <http://clpnet.com/customer/homechd>, per Post oder Fax.

Facharztmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

1. Angaben über die versicherte Person

Frau Herr

Vorname

Name

Geburtsdatum

T	T
---	---

M	M
---	---

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

2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

2) Durch welches Leiden wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (genaue Diagnose)?

3 a) Seit wann besteht dieses Leiden?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

b) Seit wann besteht die 100%ige Arbeitsunfähigkeit?

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 Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

6 a) Von welchen Ärzten wurde die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

--	--	--	--

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

8 a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspintomographie veranlasst? ja nein

b) Wenn ja, wann?

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 stehenden Leiden/Vorerkrankungen ärztlich beraten oder behandelt? ja nein



b) Wenn ja, wann?

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

b) Wenn ja, wann?

T T M M J J J J

11 a) Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversucht, normale Schwangerschaft, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, psychische Probleme, Depressionen, Wirbelsäulenleiden oder HIV-Infektion zurückzuführen?

ja nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben:

[Empty text box]

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

ja nein

b) Wenn ja, welche?

[Empty text box]

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

13 a) Um welche Art von Unfall handelte es sich?

Verkehrsunfall Arbeitsunfall Freizeitunfall ja nein

b) Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

ja nein

c) Wenn ja, wann?

T T M M J J J J

Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht:

14 a) Ist die versicherte Person in psychiatrischer Behandlung?

ja nein

b) Wenn ja, bei welchen Ärzten?

Name [Empty text box]

Strasse [Empty text box]

PLZ/Ort [Empty text boxes]

Ort, Datum

X [Empty line]

Unterschrift des Arztes mit Praxisstempel

X [Empty line]

Telefonnummer des Arztes

X [Empty line]

Wichtiger Hinweis: Eventuell entstandene Kosten für das Ausfüllen dieses Schadenfallformulars sind von der versicherten Person zu tragen und dieser in Rechnung zu stellen.