

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über weitere Arbeitsunfähigkeit durch behandelnden Arzt

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

2. Definition Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Ihr/e Patient/in infolge von Krankheit oder Unfallfolgen nach medizinischem Befund vorübergehend außerstande ist, die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit in irgendeiner Weise auszuüben, sie auch tatsächlich nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht. Diese Bestimmungen gelten auch für Beamte, sofern versichert, unabhängig von beamtenrechtlichen Regelungen für eine Dienstunfähigkeit.

3. Folgebescheinigung

Hauptdiagnose, die zur Arbeitsunfähigkeit führt – bei einer Änderung der Hauptdiagnose geben Sie bitte auch das Änderungsdatum an: _____

Seit wann besteht die durchgehende Arbeitsunfähigkeit? _____

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit? _____

Wann war Ihr/e Patient/in zuletzt deswegen bei Ihnen in Behandlung? _____

Zu wann haben Sie Ihre/n Patienten/in wieder einbestellt? _____

Gab es weitere Krankenhausaufenthalte oder OPs? Falls ja, wann und wo? _____

Von welchen Ärzten und/oder in welchen Krankenhäusern wurde Ihr/e Patient/in vorher bzw. außerdem behandelt? (Name / Anschrift / ggf. Datum): _____

Ist eine Wiedereingliederungsmaßnahme geplant?

ja nein Wenn ja, von wann bis wann? _____

Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Es ist mit unserem Versicherten vertraglich vereinbart, dass die Kosten für Ihre Mühe von Ihrem/r Patienten/in zu tragen sind.

4. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes