

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Unser Zeichen: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

Bitte vollständig ausfüllen.

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau Divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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. Erstbescheinigung

Durch welche Erkrankungen wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (bitte genaue Diagnose)?

Hauptdiagnose (ICD-Code):

Nebendiagnose (ICD-Code):

Unfall

ja nein

Bitte machen Sie Angaben zur Anamnese:

Seit wann besteht die durchgehende Arbeitsunfähigkeit?

Voraussichtliches Ende Arbeitsunfähigkeit?

Wann wurde die Erstdiagnose gestellt?

Sonstige Mitteilungen:

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

OP/stationärer Aufenthalt in Bezug auf die Hauptdiagnose?

ja nein

Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugefügte Verletzungen, Schwangerschaft, Fehlgeburt, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum (der nicht in Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht) oder auf Krieg, innere Unruhen sowie Aufruhr zurückzuführen?

ja nein

Wenn ja, warum? _____

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

4. Unterschrift und Stempel

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes