

Arbeitsunfähigkeitszeugnis

Dossier-Nr. (Durch Versicherer auszufüllen)

1. Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	
	Strasse	Tel-Nr.	Versicherungs-Nr.
	PLZ Ort	Berufliche Tätigkeit	
2. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		

3. Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Tag/Monat/Jahr	Stunde/Minute	Voraussichtliche Dauer
---	----------------	---------------	------------------------

Angaben für den Versicherten

Wir bitten Sie, die Versicherungsnummer, die auf unseren Korrespondenzen angegeben ist auf diesem Formular und bei anderen Gelegenheiten immer zu vermerken.

Dieses «Arbeitsunfähigkeitszeugnis» muss von Ihrem Arzt bei jeder Kontrolle ausgefüllt werden. **Eine Kopie davon muss der Krankenkasse nach jedem Arztbesuch und monatlich gesendet werden, damit die Taggelder regelmässig überwiesen werden können.** Das Original behalten Sie bitte bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit und senden es dann umgehend der Krankenkasse.

Änderungen des Prozentsatzes der Arbeitsunfähigkeit müssen der Kasse umgehend gemeldet werden.

Eintragungen des Arztes Krankheit

Krankheit Unfall Berufskrankheit Mutterschaft, vorgesehener Termin: _____

Datum der nächsten Kontrolle	Datum der durch- geführten Kontrolle	Arbeits- unfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Ab dem	

Datum der nächsten Kontrolle	Datum der durch- geführten Kontrolle	Arbeits- unfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Ab dem	

Die Behandlung wurde abgeschlossen am:

Stempel des Arztes