

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

| der nächsten Kontrolle | Datum | | Arbeitsunfähigkeit | | Unterschrift des Arztes |
|------------------------|------------------------------|--|--------------------|--------|-------------------------|
| | der durchgeführten Kontrolle | | Grad | Ab dem | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| der nächsten Kontrolle | Datum | | Arbeitsunfähigkeit | | Unterschrift des Arztes |
|---------------------------------------|------------------------------|--|--------------------|--------|-------------------------|
| | der durchgeführten Kontrolle | | Grad | Ab dem | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Die Behandlung wurde abgeschlossen am | | | | | |

Stempel des Arztes :