

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit

(Pendelformular)

Mitgliedsnummer: _____

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Berufliche Tätigkeit (Diese Zeile ist vom Versicherten auszufüllen)	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer

I. Bescheinigung des Arztes

Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in **keiner Weise** ausüben kann. Der Selbstständige oder freiberuflich Tätige darf auch nicht mitarbeitend, leitend oder aufsichtführend tätig sein. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus (insbesondere alle Behandlungsdaten und Arbeitsunfähigkeitszeiten seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit).

Diagnose nach ICD 10		Mit welcher früheren Erkrankung besteht ein Zusammenhang?				
Arbeitsunfähigkeit besteht seit dem						
Behandlungsdatum	Arbeitsunfähig voraussichtlich bis	Umfang der Arbeitsunfähigkeit (ca., Angabe in Prozent)	Bettlägerig	Stationäre Heilbehandlung Aufnahme A Entlassung E	Änderung der Diagnose, ICD 10	Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes
		<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> unter 50	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____		
		<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> unter 50	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____		
		<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> unter 50	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____		
		<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> unter 50	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____		
		<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> unter 50	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____		

Schlussbescheinigung

Nicht mehr arbeitsunfähig ab:		
-------------------------------	--	--

II. Erklärung des Versicherten

Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass die LKH oder deren Beratungsarzt im Zusammenhang mit der gemeldeten Arbeitsunfähigkeit Kontakt mit den behandelnden Ärzten aufnimmt und Daten über meinen Gesundheitszustand, die derzeitigen und vorhergehenden Behandlungen austauscht, soweit dies zur Prüfung des Leistungsanspruches und zur weiteren Therapiebahnung erforderlich ist. Dies dient der vereinfachten und schnelleren Leistungsbearbeitung. Die Beteiligten entbinde ich insoweit von der Schweigepflicht.

Meine Erklärung ist freiwillig und jederzeit widerruflich.

.....
Datum und Unterschrift