

## 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