

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über weitere Arbeitsunfähigkeit durch behandelnden Arzt

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance  
Abteilung Leistungsservice  
Bramfelder Chaussee 101  
22177 Hamburg

### 1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr  Frau

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname,  
Geburtsname: \_\_\_\_\_

### 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. Folgebescheinigung

Hauptdiagnose, die zur Arbeitsunfähigkeit führt – bei einer Änderung der Hauptdiagnose geben Sie bitte auch das Änderungsdatum an:

\_\_\_\_\_

Seit wann besteht die durchgehende Arbeitsunfähigkeit?

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihr/e Patient/in zuletzt deswegen bei Ihnen in Behandlung?

Zu wann haben Sie Ihre/n Patienten/in wieder einbestellt?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Von welchen Ärzten und/oder in welchen Krankenhäusern wurde Ihr/e Patient/in vorher bzw. außerdem behandelt? (Name / Anschrift / ggf. Datum):

\_\_\_\_\_

Ist eine Wiedereingliederungsmaßnahme geplant?

ja  nein Wenn ja, von wann bis wann?

\_\_\_\_\_

Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

ja  nein Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

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

### 4. Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes