

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

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

Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Beruf: _____

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. Erstbescheinigung

Durch welche Erkrankungen wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (bitte genaue Diagnose)? _____

Bitte machen Sie Angaben zur Anamnese:

Seit wann besteht die durchgehende Arbeitsunfähigkeit? _____

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit? _____

Wann war Ihr/e Patient/in wegen diesem Leiden erstmals bei Ihnen? _____

Seit wann ist der/die Versicherte Ihr/e Patient/in? _____

Wann wurde die Erstdiagnose gestellt? _____

Wurde der/die Versicherte von einem anderen Arzt zu Ihnen überwiesen? ja nein

Gab es 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 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? _____

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