

Leistungsabteilung KRANKENVERSICHERUNG

## BESTÄTIGUNG ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT (unselbstständig Erwerbstätige)

DATEN DER/DES ERKRANKTEN (von erkrankter Person oder deren Angehörigen auszufüllen)

Polizzenummer	ausgeübter Beruf	
Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Ort	Postleitzahl

DATEN DES DIENST- BZW. ARBEITGEBERS

Firmenname	
Adresse	
Ort, Datum	Unterschrift: Erkrankte/r bzw. Angehörige/r

ANGABEN DER BEHANDELNDEN ÄRZTIN/DES BEHANDELNDEN ARZTES ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Eine völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt gemäß den Versicherungsbedingungen nur dann vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt.

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

<input type="checkbox"/> ist 100%ig arbeitsunfähig ab	
<input type="checkbox"/> war 100%ig arbeitsunfähig von	bis
Art der Erkrankung (Diagnose)	
Anamnese (bitte das Datum des erstmaligen Auftretens der Krankheit angeben)	
Art der Behandlung	
Ort, Datum	Unterschrift und Stampiglie: behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Ein eventuelles Honorar für diese Bestätigung ist von der Patientin/vom Patienten zu leisten.

Unsere Datenschutz-Information finden Sie unter [wienersaetdtische.at/datenschutz-informationen](http://wienersaetdtische.at/datenschutz-informationen).