

Ärztliche Bescheinigung

KLF-030 01.18

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

<p>Versicherungs-Nr.: <input type="text"/></p> <p>Name und Anschrift des Patienten</p> <p>Herr / Frau <input type="checkbox"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum <input type="text"/></p> <p>Dieses Feld wird elektronisch gelesen. Damit wir die Bescheinigung sicher zuordnen können bitten wir Sie, Versicherungsnummer und Adresse deutlich lesbar (idealerweise in Druckbuchstaben) einzutragen.</p>	<h2>ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG</h2> <p>Krankheitsbezeichnung: <input type="text"/></p> <table border="1"> <tr> <td>Die Krankheit wird behandelt seit: <input type="text"/></td> <td>Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am: <input type="text"/></td> </tr> </table> <p>Volle*) Arbeitsunfähigkeit besteht nach persönlich vorgenommener Untersuchung</p> <p>seit dem: <input type="text"/> nicht mehr ab: <input type="text"/></p> <p>*) Selbstständige sind nur dann voll arbeitsunfähig, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit in keiner Weise ausüben können, also auch nicht leitend oder mitarbeitend!</p> <p>Krankenhaus vom <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>Heilverfahren/Kur vom <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>Kostenträger Heilverfahren/Kur: <input type="text"/></p> <p>Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> KB/WDB-Leiden <input type="checkbox"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text"/> Unterschrift und Stempel des Arztes <input type="text"/></p>	Die Krankheit wird behandelt seit: <input type="text"/>	Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am: <input type="text"/>
Die Krankheit wird behandelt seit: <input type="text"/>	Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am: <input type="text"/>		

WICHTIGE HINWEISE

Ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zum vereinbarten Zahlungsbeginn mit einer **ärztlichen Bescheinigung** nachzuweisen. Diese muss enthalten: Name und Anschrift des Patienten, die vollständige Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Tag der Feststellung und Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit. Hierfür kann dieser Vordruck verwendet werden.

Wird eine Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb der in Absatz 1 aufgeführten Frist angemeldet, so gilt als **erster Leistungstag der Zugangstag** der Anmeldebescheinigung.

Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist diese vom Arzt wöchentlich mit diesem Vordruck bescheinigen zu lassen und nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht wöchentlich oder verspätet eingesandt, so gilt die Bescheinigung nur für die **Woche vor dem Zugang**, wenn in dieser Zeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

Während eines Krankenhausaufenthaltes ist der wöchentliche Nachweis nicht erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass bei Fristversäumnis unsere Leistungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

