

Arbeitsunfähigkeitsnachweis Folgebescheinigung

Mitgliedsnummer: _____ Vor- und Zuname: _____ OPI: _____

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit – Felder im Kasten sind vom behandelnden Arzt auszufüllen –

Wichtig: Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, der Selbstständig oder freiberuflich Tätige auch nicht mitarbeitend, leitend oder aufsichtführend.

Diagnose: _____
(bei jeder Ausstellung anzugeben)

Datum der Untersuchung: _____

Noch arbeitsunfähig? ja, zu _____ % bis voraussichtlich _____
 nein

Stationäre Heilbehandlung von: _____ bis _____

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit i.S.d. obigen Definition: _____

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes/Datum

Die Auszahlung kann nur erfolgen, wenn die nachstehenden Fragen bei jeder Einreichung vollständig ausgefüllt sind.

1. Änderung, Beendigung oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit? ja nein

ja, folgende Änderung hat sich ergeben:

Beendigung Arbeitsverhältnis zum _____

Aufgabe Gewerbe zum _____

berufliche Tätigkeit: _____ seit: _____

2. Aus der privaten-/gesetzlichen Rentenversicherung erhalte ich

BU-Rente nein ja seit: _____ Bitte legen Sie uns das entsprechende Gutachten vor.

EU-Rente nein ja seit: _____ Bitte legen Sie uns das entsprechende Gutachten vor.

Es ist mir bekannt, dass die Zahlung unter Vorbehalt der Richtigkeit erfolgt.

Datum und Unterschrift des Versicherten: _____