

INTER Krankenversicherung AG
Direktion * Kranken Leistung - KT
Postfach 10 16 62
68016 Mannheim

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit

Wichtiger Hinweis: Bitte lassen Sie alle Daten vollständig und leserlich innerhalb der vorgesehenen Felder von Ihrem Arzt ausfüllen, damit es zu keiner Verzögerung Ihrer Krankentagegeldzahlung kommt.

Angaben zum Patienten

Vor- und Zuname:	Geburtsdatum:
------------------	---------------

Bescheinigung des Arztes

Völlige Arbeitsunfähigkeit ^(TT.MM.JJJJ)	seit:	▪	▪	
	festgestellt am:	▪	▪	

Diagnose (n) ICD-10	/		/	
---------------------	---	--	---	--

Änderung der Diagnose ICD-10	ab dem	▪	▪	^(TT.MM.JJJJ)
------------------------------	--------	---	---	-------------------------

Besteht ein ursächlicher Zusammenhang mit einer früheren Arbeitsunfähigkeit?				ja	nein
Zeitraum: von	▪	▪	bis	▪	▪
^(TT.MM.JJJJ)					
Diagnose (n) ICD-10	/		/		/

Ärztliche Behandlungsdaten ^(TT.MM.JJJJ) ▪ ▪ / ▪ ▪ ▪ ▪ / ▪ ▪ ▪ ▪ / ▪ ▪	Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis: ^(TT.MM.JJJJ) ▪ ▪
---	---



Stationäre Behandlung: <small>(TT.MM.JJJJ)</small> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> vom ▪ ▪ bis ▪ ▪ </div>
--

Aktuelle Therapie:

Ist eine Reha / Kur geplant? <small>(TT.MM.JJJJ)</small>	nein	ja,ab	▪	▪
Ist eine Wiedereingliederungsmaßnahme vorgesehen? <small>(TT.MM.JJJJ)</small>	nein	ja,ab	▪	▪
Wurde ein Rentenantrag gestellt? <small>(TT.MM.JJJJ)</small>	nein	ja,ab	▪	▪

Teilarbeitsfähigkeit liegt vor ab: <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 20px;"> ▪ ▪ </div>	zu	Prozent
--	----	---------

Schlussbescheinigung: <small>(TT.MM.JJJJ)</small> Nicht mehr völlig (100%) arbeitsunfähig ab: <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 20px;"> ▪ ▪ </div>
--

Definition der Arbeitsunfähigkeit:

Als völlig (100%) arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, der Selbständige / Freiberufler auch nicht mitarbeitend, leitend oder aufsichtsführend.

Datum der Bescheinigung <small>(TT.MM.JJJJ)</small> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 20px;"> ▪ ▪ </div>	Arzt Unterschrift / Stempel <hr style="border: 0.5px solid black; margin-top: 20px;"/>
--	--