



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. Als Rücksendedatum haben wir den vorgemerkt.



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

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



Stationäre Behandlung: <small>(TT.MM.JJJJ)</small> vom ▪ ▪ bis ▪ ▪
--

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 Rentenanspruch gestellt? <small>(TT.MM.JJJJ)</small>	nein	ja,ab	▪	▪

Teilarbeitsfähigkeit liegt vor ab: ▪ ▪ zu Prozent
--



Schlussbescheinigung: <small>(TT.MM.JJJJ)</small> Nicht mehr völlig (100%) arbeitsunfähig ab: ▪ ▪
--

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> ▪ ▪	Arzt Unterschrift / Stempel _____
--	--