



Versicherungsbüro
HÖSSINGER
3107 St.Pölten, Mühlweg 96
Tel.02742 / 219 66 - 0
Fax.02742 / 219 66 40

Polizzenummer:

Schadennummer:

Versicherungsgesellschaft:

BESTÄTIGUNG ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

DATEN DES ERKRANKTEN

Zutreffendes bitte ankreuzen

Krankenversicherungsnummer		ausgeübter Beruf	
Familienname	Vorname		Geburtsdatum
PLZ:	Ort:	Strasse:	Nr.

ANGABEN ZU VERSICHERUNGSFALL

behandelnder **Arzt** (Hausarzt) Name, Adresse:

DATEN DES DIENST- bzw. ARBEITSGEBERS

Firma / Familienname	
PLZ. / Ort / Strasse / Nr.	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Erkrankten bzw. eines Angehörigen oder Vers. Makler

BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT:

DIAGNOSE: gegebenenfalls Art der Beabsichtigten Operation	
ANAMNESE: (bitte das Datum des erstmaligen Auftreten der Krankheit angeben)	
ART DER BEHANDLUNG:	
O IST 100% ARBEITSUNFÄHIG:	ab:
O WAR 100% ARBEITSUNFÄHIG:	von : bis:
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes