

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen

Société Générale Insurance  
Abteilung Leistungsservice  
Fuhlsbüttler Str. 437  
22309 Hamburg

### 1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr  Frau

Beruf: \_\_\_\_\_

Name, Vorname,  
Geburtsname: \_\_\_\_\_

### 2. Definition Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Ihr/e Patient/in infolge von Krankheit oder Unfallfolgen nach medizinischem Befund vorübergehend außerstande ist, die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit in irgendeiner Weise auszuüben, sie auch tatsächlich nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht. Diese Bestimmungen gelten auch für Beamte, sofern versichert, unabhängig von beamtenrechtlichen Regelungen für eine Dienstunfähigkeit.

### 3. Erstbescheinigung

Durch welche Erkrankungen wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (bitte genaue Diagnose)? \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie Angaben zur Anamnese:

Seit wann besteht die durchgehende Arbeitsunfähigkeit? \_\_\_\_\_

Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr/e Patient/in wegen diesem Leiden erstmals bei Ihnen? \_\_\_\_\_

Seit wann ist der/die Versicherte Ihr/e Patient/in? \_\_\_\_\_

Wann wurde die Erstdiagnose gestellt? \_\_\_\_\_

Wurde der/die Versicherte von einem anderen Arzt zu Ihnen überwiesen?  ja  nein

Gab es Krankenhausaufenthalte oder OPs? Falls ja, wann und wo? Von welchen Ärzten und/oder in welchen Krankenhäusern wurde Ihr/e Patient/in vorher bzw. außerdem behandelt? (Name / Anschrift / ggf. Datum): \_\_\_\_\_

Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugefügte Verletzungen, Schwangerschaft, Fehlgeburt, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum (der nicht in Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht) oder auf Krieg, innere Unruhen sowie Aufruhr zurückzuführen?

ja  nein Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Es ist mit unserem Versicherten vertraglich vereinbart, dass die Kosten für Ihre Mühe von Ihrem/r Patienten/in zu tragen sind.**

### 4. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes