

Ärztliches Attest

Bitte senden Sie Ihre Akte an:
AG Insurance
Ärztlicher Dienst Health Care - 1JQ5B
Bd E. Jacqmain 53
1000 Brüssel

Vertraulich

Dieses Dokument ist vom behandelnden Arzt auszufüllen.

Dieses Attest soll den Vertrauensarzt von AG Insurance über die Art der beim Betroffenen erfolgten Behandlung und über die Dauer sowie den Grad der etwaigen Arbeitsunfähigkeit informieren. Bei einer Entbindung muss nur der erste Teil dieses Dokuments ausgefüllt werden.

1. Auf jeden Fall vom Versicherten auszufüllen

Gruppe Nr.: [ ] [ ] [ ] [ ] oder Vertragsnummer bzw. Kennzeichen (wenn gekannt): .....

Identität des Versicherten: Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Bei einer Entbindung auszufüllen:

Anfang der Mutterschaftsruhe: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Genaues Datum der Entbindung: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Ende der Mutterschaftsruhe: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

2. Vom Arzt auszufüllen

Bei Krankheit auszufüllen

Diagnose und/oder Symptome der Erkrankung: .....

Seit wann ist der Betroffene wegen dieses Unfalls oder dieser Erkrankung bei Ihnen in Behandlung? [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Wann sind die ersten Symptome eingetreten? [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Wurde der Betroffene von anderen Ärzten behandelt?

- Für eine frühere Erkrankung? [ ] Nein [ ] Ja Wenn Ja, Name und Adresse: .....

- Für die heutige Erkrankung? [ ] Nein [ ] Ja Wenn Ja, Name und Adresse: .....

Falls der Betroffene stationär behandelt wird, Name und Anschrift der Anstalt angeben: .....

Anfang des Krankenhausaufenthalts: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Voraussichtliche Dauer: .....

Ist beim Betroffenen ein chirurgischer Eingriff erfolgt oder erforderlich [ ] Nein [ ] Ja

Wenn Ja, Art des chirurgischen Eingriffs (ggf. medizinischer Code): .....

Datum (voraussichtliches): [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Bei Unfall auszufüllen

Unfall eingetreten am: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] at [ ] [ ] : [ ] [ ] am/pm

Art des Unfalls: [ ] Privat [ ] Arbeit [ ] Verkehr [ ] Sport [ ] Sonstige: .....

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung der Verletzung (Art, Lokalisation, Umfang, usw.): .....

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] (genaues Datum)

Datum der eventuellen Wiederaufnahme der Arbeit [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Handelt es sich um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit? [ ] Nein [ ] Ja Voraussichtliche Dauer: ..... (ab dem Eintrittsdatum)

Wenn Nein, bitte Grad der Arbeitsunfähigkeit angeben? ..... % Voraussichtliche Dauer: ..... (ab dem Eintrittsdatum)

Wie wird sich die Arbeitsunfähigkeit Ihrer Meinung nach entwickeln? .....

Ausgestellt in ....., am ..... / ..... / .....

Unterschrift und Stempel des Arztes