

ARAG
Krankenversicherungs-AG
Hollerithstr. 11
81829 München

Versicherungs-Nr.: _____
Versicherte Person: _____
Ihr Ansprechpartner: _____
Telefon: _____
Rücksendung bis: _____

Krankentagegeld

Ärztliche Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, Selbstständige auch nicht leitend oder aufsichtsführend.

Datum der Untersuchung: _____ Arbeitsunfähig seit: _____
Weiterhin arbeitsunfähig bis: _____ Arbeitsfähig ab: _____
Diagnose(n) (bitte ICD-Schlüssel angeben): _____
Wird der Patient vom Facharzt ☐ Ja ☐ Nein
behandelt? falls nein, warum nicht? _____

Weitere Hinweise

Ist die Erwerbsfähigkeit gemindert/gefährdet? ☐ Nein ☐ Ja
Ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert? ☐ Nein ☐ Ja (Falls ja, ab wann ist die Reha-
bilitationsmaßnahme geplant? _____
Ist eine Wiedereingliederungsmaßnahme geplant? ☐ Nein ☐ Ja (Falls ja, bitte legen Sie uns eine Kopie des
Wiedereingliederungsplanes vor.) _____

Hinweise an den Versicherer zum aktuellen Versicherungsfall/ weitere geplante Maßnahmen (z.B. stationäre Behandlung, Operation, Schmerztherapie, Psychotherapie)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Vom Versicherten auszufüllen

Wurde eine Rente beantragt? ☐ Nein ☐ Ja ggf. welche Rente: _____
Wurde eine Rente bewilligt? ☐ Nein ☐ Ja ggf. welche Rente: _____
Meine Bankverbindung hat sich geändert: ☐ Nein ☐ Ja
IBAN _____ Geldinstitut _____

Hinweise an den Versicherer

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten