

Krankheitsanzeige

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon-Nr.	Police-Nr.
2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort _____	AHV-Nummer	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet? _____

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Datum der Anstellung: _____

7. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____
------------------------	---	---

8. **Arbeitszeit** Tage pro Woche Stunden pro Woche Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden

9. Lohn (*soweit AHV beitragspflichtig)	Fr. pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
* Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder _____					
* Andere Lohnzulagen (Art) _____					
* Gratifikation/13. Monatslohn					

10. Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invalidenversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung?
Wenn ja, welche Versicherung? _____

11. Vergütung des Taggeldes:	Postcheck-Konto-Nr. _____	Kontoinhaber
	oder _____	oder
	Postcheck-Konto-Nr. der Bank _____	Name der Bank
	Konto-Nr _____	Kontoinhaber

12. **Vollmacherteilung**

Ich bevollmächtige die Basler Versicherungs-Gesellschaft, bei allen Amts- und Privatstellen Auskünfte einzuziehen, die die obgenannte Krankheit betreffen.
Ärzte, Gerichte, Behörden, Polizeistellen, Unfallversicherer gemäss UVG, Militärversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherer sowie Versicherer gemäss BVG werden gebeten, jede gewünschte Auskunft zu erteilen und auf Wunsch Akteneinsicht zu gewähren.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: _____

Nach dem Ausfüllen bitte das **Arztzeugnis sofort dem behandelnden Arzt übergeben.**

Krankheitsanzeige (Doppel für den Arbeitgeber)

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon-Nr.	Police-Nr.
2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort _____	AHV-Nummer	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet? _____

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Datum der Anstellung: _____

7. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____
------------------------	---	---

8. **Arbeitszeit** Tage pro Woche Stunden pro Woche Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden

9. Lohn (*soweit AHV beitragspflichtig)	Fr. pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
* Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder _____					
* Andere Lohnzulagen (Art) _____					
* Gratifikation/13. Monatslohn					

10. Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invalidenversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung?
Wenn ja, welche Versicherung? _____

11. Vergütung des Taggeldes:	Postcheck-Konto-Nr. _____	Kontoinhaber _____
	oder _____	oder _____
	Postcheck-Konto-Nr. der Bank _____	Name der Bank _____
	Konto-Nr _____	Kontoinhaber _____

12. **Vollmacherteilung**

Ich bevollmächtige die Basler Versicherungs-Gesellschaft, bei allen Amts- und Privatstellen Auskünfte einzuziehen, die die obgenannte Krankheit betreffen.
Ärzte, Gerichte, Behörden, Polizeistellen, Unfallversicherer gemäss UVG, Militärversicherung, Invalidenversicherung, Krankenversicherer sowie Versicherer gemäss BVG werden gebeten, jede gewünschte Auskunft zu erteilen und auf Wunsch Akteneinsicht zu gewähren.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: _____

Nach dem Ausfüllen bitte das **Arztzeugnis sofort dem behandelnden Arzt übergeben.**

Ärztliches Zeugnis Krankenversicherung

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Telefon-Nr.	Police-Nr.
2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ _____ Wohnort _____	AHV-Nummer	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Ursache des Leidens? Krankheit Mutterschaft Unfall

7. Beginn der Behandlung bei Ihnen?

8. a) Diagnose? _____ ICD-10-CODE:

b) Art der Behandlung? _____

c) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden gemäss Patient/Patientin erstmals manifestiert? _____

d) Stand der Patient/die Patientin wegen obigen Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung? _____
Wenn ja, wann und bei wem? _____

9. **bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit:**

a) funktionelle Schonung (Dispens) Art und voraussichtliche Dauer?
Art: _____ vom: _____ bis: _____

b) zeitliche Schonung? Grad (Angabe in % der Arbeitszeit) und voraussichtliche Dauer?
Grad: _____ vom: _____ bis: _____

c) behindern andere Ursachen(z.B. Therapie) oder nichtmedizinische Gründe (z.B. Arbeitsweg) die Wiederaufnahme der Arbeit?
 ja nein Grund: _____ Umfang: _____

10.1 Sind spezialärztliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? ja nein
Wenn ja, welche und bei wem? _____

10.2 Schlagen Sie besondere nichtmedizinische Massnahmen vor? ja nein
Wenn ja, welche? _____

11. Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis? ja nein
Wenn nein, wann erwarten Sie das nächste Zeugnis? in 4 Wochen in 3 Monaten andere: in _____ Wochen

12. **Bemerkungen**

Ort und Datum _____	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____
Honorar: Fr. _____	Heilungskosten sind nicht versichert

Krankenschein

		Dossier-Nr.	
1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon-Nr.	Police-Nr.

2. Versicherte Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort	AHV-Nummer	
3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?			
4. Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> ungekündigt <input type="checkbox"/> gekündigt <input type="checkbox"/> aufgelöst per:			
5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____ 5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend 5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? <input type="checkbox"/> administrativ <input type="checkbox"/> handwerklich 5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Hinweise für den Patienten

Wir bitten Sie, die **Dossier-Nummer** – die auf jeder Zuschrift der Basler erwähnt ist – auf den Krankenschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Krankenschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Dieser Krankenschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Eintragung des Arztes

Datum des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	

Datum des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endigte am				

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ort und Datum