

Krankmeldung Einzel-Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz KVG

Versicherte Person

Name: Versicherten-Nr.:
Vorname: AHV-Nr.:
Geburtsdatum: Berufliche Tätigkeit:
Strasse: Telefon:
PLZ | Ort: Geschlecht: männliche weiblich

Krankheit | Unfall | Mutterschaft

Ärztin | Arzt:

Grund: Krankheit Unfall Mutterschaft | Geburtstermin ET:

Arbeitsunfähig seit: ganz ab teilweise zu % ab

Voraussichtliche Dauer
der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeit wieder
aufgenommen ab: ganz ab teilweise zu % ab

Der Arbeitgeber hat während folgender Zeit den vollen Lohn bezahlt:

Datum Arbeitsunfähigkeit von bis

Der Arbeitgeber führt eine Kollektiv-Taggeldversicherung. Der Vertrag sieht folgende Leistungen vor:

(z.B. 90% ab 31. Tag) % ab Tag

Bitte Namen und Adresse sowie Policen-Nummer angeben (falls bekannt) und eine erste Abrechnung in Kopie beilegen (falls bereits vorhanden).

Police | Versicherung:

Selbständig erwerbend:

Branche: Rechtsform: Anzahl Angestellte:

AHV-Bruttolohn CHF (AHV-Abrechnung oder Beitragsverfügung beilegen)

Wer führt den Betrieb während Ihrer Arbeitsunfähigkeit?

Bei landwirtschaftlicher Betriebshilfe: Bitte Betriebshelfer-Rechnung der Organisation (LBF) in Kopie beilegen, respektive regelmässig einreichen.

Beziehen Sie noch Leistungen anderer Versicherer (Taggelder, Renten, usw.)? Wenn ja, welche?

Ort und Datum:

Unterschrift:

Arztzeugnis

Name: _____ Versicherten-Nr.: _____
Vorname: _____ AHV-Nr.: _____
Geburtsdatum: _____ Berufliche Tätigkeit: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
PLZ | Ort: _____ Geschlecht: ☐ männliche ☐ weiblich

Ärztin | Arzt: _____

Grund: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft | Geburtstermin ET: _____

Arbeitsunfähig seit: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu ☐ % ab

Voraussichtliche Dauer
der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeit wieder
aufgenommen ab: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu ☐ % ab

Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 10 Tage dauert, unbedingt das ganze Formular durch die Ärztin oder den Arzt ausfüllen lassen (Diagnose bitte immer angeben).

Diagnose inklusive ICD-Codes:

Angaben zur Person, Anamnese zum Leiden, subjektive wie objektive Beschwerden, Rückfall:

Behandlungsbeginn sowie bisherige Konsultationen:

Attestierte Arbeitsunfähigkeit:

Therapie

Aktuelle Medikation

Aktuelle Therapie

Schlagen Sie besondere
Massnahmen vor?

Findet eine spezialärztliche
Abklärung statt? Wo?

Prognose zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit?

Ort | Datum:

Stempel der Ärztin | des Arztes:

Antwort an: Sumiswalder Krankenkasse, Vertrauensärztlicher Dienst, Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald oder vad@sumiswalder.ch

Taggeldkarte

Name:

Vorname:

Versicherten-Nr.:

Bitte beachten

- Die Taggeld-Karte bleibt während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Versicherten. Sie ist der Ärztin oder dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen.
- Alle 4 bis 6 Wochen ist die Taggeldkarte (Kopie) zur Zwischenabrechnung einzureichen (taggeld@sumiswalder.ch).
- Bei Wiederaufnahme der Arbeit muss die Taggeld-Karte unverzüglich an die Kasse eingesandt werden.
- Bei UVG-Unfällen erfolgt die Auszahlung nur gestützt auf die Abrechnung des UVG-Versicherers (Kopie der Abrechnung ist einzureichen).
- Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Vertrauensarzt der Sumiswalder mit meinen Ärzten in Kontakt zu treten, um die Leistungspflicht aus medizinischer Sicht zu beurteilen (sofern dies notwendig ist).

Ort | Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Aktuelle Tätigkeit:

Beschäftigungsgrad in %

Eintragungen der Ärztin | des Arztes

Krankheit

Unfall

Mutterschaft

Datum der Konsultation		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift der Ärztin des Arztes
aktuell	nächste Beurteilung	Grad %	Gültig ab	

Abschluss der ärztlichen Behandlung am:

Stempel und Unterschrift der Ärztin | des Arztes:

Bemerkungen zu einer allfälligen Teilarbeitsfähigkeit			
%	d.h.	Std. pro Tag zu	%
%	d.h.	Std. pro Tag zu	%
%	d.h.	Std. pro Tag zu	%
%	d.h.	Std. pro Tag zu	%

Stempel und Unterschrift
der Ärztin | des Arztes:

Bemerkungen: