

## Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG (Krankenversicherungsgesetz)

### Versicherungsnehmer

Firma \_\_\_\_\_  
 Zuständige Person \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Geschlecht männlich weiblich

### Krankheit / Unfall / Mutterschaft

Behandelnde Ärztin / Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_  
 Grund \_\_\_\_\_  
 Bei Schwangerschaft Geburtstermin (wenn bekannt) \_\_\_\_\_  
 Arbeitsunfähig seit? \_\_\_\_\_  
 Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_  
 Arbeit wieder aufgenommen ab? \_\_\_\_\_

	Krankheit	Unfall	Mutterschaft	
	_____	_____	Ganz	Teilweise zu _____ %
	_____	_____	Ganz	Teilweise zu _____ %

### Selbständigerwerbend

Branche: \_\_\_\_\_ Rechtsform: \_\_\_\_\_ Anzahl Angestellte: \_\_\_\_\_  
 AHV Bruttolohn CHF \_\_\_\_\_ (AHV Abrechnung / Beitragsverfügung oder aktuelle Erfolgsrechnung 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 und so weiter)? Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Arztzeugnis

Name	_____	Versicherten-Nr.	_____
Vorname	_____	Telefonnummer	_____
Geburtsdatum	_____	Berufliche Tätigkeit	_____
Adresse	_____		
PLZ/Ort	_____		
Ärztin / Arzt	_____		
Grund	Krankheit	Unfall	Mutterschaft
Bei Schwangerschaft Geburtstermin	_____		
Arbeitsunfähig seit	_____	_____	_____
	ganz	teilweise zu	%
Voraussichtliche Dauer der	_____		
Arbeitsunfähigkeit	_____		
Arbeit wieder aufgenommen ab	_____	_____	_____
	ganz	teilweise zu	%

**Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 14 Tage dauert, unbedingt das ganze Formular durch die Ärztin oder den Arzt ausfüllen lassen. (Diagnose bitte immer angeben)**

### Diagnose

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Angaben zur Person, Anamnese zum Leiden, Beschwerden, Rückfall

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Behandlungsbeginn

\_\_\_\_\_

### Attestierte Arbeitsunfähigkeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Therapie

Was haben Sie veranlasst? \_\_\_\_\_

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, Spitalstr. 47, 3454 Sumiswald / Fax 034 432 30 90**

