



Im Fall einer Betriebsunterbrechung durch Krankheit oder Unfall bitten wir Ihren behandelnden Arzt, die nachfolgenden Felder gewissenhaft auszufüllen. Diese Stellungnahme fließt in die Errechnung der Versicherungsleistung mit ein.

**WICHTIG!** Wir bitten Ihren behandelnden Arzt zu beachten, dass völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit dann vorliegt, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichem Urteil in KEINER Weise ausübt, weder mitarbeitend noch leitend in ihrem Beruf tätig ist oder tätig sein kann. Wir leisten Ihrem behandelnden Arzt für diese Stellungnahme ein über dem zwischen der Ärztekammer und dem Versicherungsverband Österreich vereinbarten Empfehlungssatz liegendes Honorar von EUR 35,-.

Genauere Angaben (**ärztliche Diagnosen**) zu der (den) die Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit(en) bzw. Verletzung(en), bitte in **BLOCKSCHRIFT**:

**Beginn der Krankheit/Schwangerschaft:**

**Beginn der Arbeitsunfähigkeit** im obigen Sinn:

Voraussichtliches **Dauer/Ende** der Arbeitsunfähigkeit (ab wann kann der Versicherte voraussichtlich wieder mitarbeitend, aufsichtsführend oder leitend tätig sein):

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, die mit dem jetzigen Leiden in Zusammenhang stehen könnten oder die dieses mit ausgelöst oder begünstigt haben? Wenn ja, welche:

Welche Behandlungen/Medikamente wurden verordnet?

Welche anderen behandelnden Ärzte und/oder Therapeuten sind Ihnen bekannt?

Wann haben Sie den (die) Patienten(-in) erstmals untersucht?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) in der Arbeitsfähigkeit teilweise eingeschränkt?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) zumindest zur Hälfte arbeitsfähig?

In welchem Zeitraum ist/war der (die) Patient(-in) in der Arbeitsfähigkeit vollständig eingeschränkt?

**Bei stationärer Behandlung:** Krankenhaus, Aufenthaltsdauer:

**Behandelnder Arzt:** Name, Anschrift:

Honorar ist zu überweisen an:

Kontonummer:

BLZ:

Bank:

Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift