

Krankheitsanzeige

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

2. Versicherte Person	Name und Vorname	Geburtsdatum		Telefon-Nr.		
	Strasse	Nationalität		Aufenthaltsbewilligung		
	PLZ Wohnort	AHV-Nummer (11 stellig)				

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?						
4. Datum der Anstellung						
5. Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> ungekündigt aufgelöst per						
6. Stellung des/der Versicherten im Betrieb/Tätigkeit						
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			
Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin						
Ort und Datum						

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

Geht an: Oben genanntes Leistungszentrum der Basler Versicherung

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 (11 stellig) _____				
3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?						
4. Datum der Anstellung						
5. Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> ungekündigt aufgelöst per _____						
6. Stellung des/der Versicherten im Betrieb/Tätigkeit						
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			
Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin						
Ort und Datum						

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

Geht an: Arbeitgeber

Ärztliches Zeugnis Krankenversicherung

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

2. Versicherte Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort	AHV-Nummer (11 stellig)	
3. Ursache des Leidens? <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Unfall			
4. Beginn der Behandlung bei Ihnen?			
5. a) Diagnose?			
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?			
6. 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?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Grund:	Umfang:
7. Sind spezialärztliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche und bei wem?			
8. Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn nein, wann erwarten Sie das nächste Zeugnis? <input type="checkbox"/> in 4 Wochen <input type="checkbox"/> in 3 Monaten andere: in _____ Wochen			
9. Bemerkungen			
		Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin	
Honorar: Fr.		Ort und Datum	
Heilungskosten sind nicht versichert			