

**Ärztliches Attest**

**e-volulife**

Vertraulich

GRUPPE Nr. \_\_\_\_\_

Dieses Dokument ist vom behandelnden Arzt oder vom Hausarzt auszufüllen. Bei einer Entbindung muss es nicht ausgefüllt werden.

Auf jeden Fall **1** + **2** bei **Krankheit** + **4** wenn der Vertrag die **Invalidität** deckt  
**3** bei **Unfall**

Dieses Attest soll den Vertrauensarzt von AG Insurance über die Art der beim Betroffenen erfolgten Behandlung und über die Dauer sowie den Grad der etwaigen Arbeitsunfähigkeit informieren

**1 Identität des Versicherten und Daten zur Krankenhausaufnahme**

Name und Vornamen des Betroffenen (in Großbuchstaben) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Diagnose und/oder Symptome der Erkrankung \_\_\_\_\_

Seit wann ist der Betroffene wegen dieses Unfalls oder dieser Erkrankung bei Ihnen in Behandlung? \_\_\_\_\_

Falls der Betroffene stationär behandelt wird, Name und Anschrift der Anstalt angeben \_\_\_\_\_

Beginn des Krankenhausaufenthalts \_\_\_\_\_ Voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_

Ist beim Betroffenen ein chirurgischer Eingriff erfolgt oder erforderlich? **Ja**  **Nein**

Wenn **Ja**, Art des chirurgischen Eingriffs (ggf. medizinischer Code) \_\_\_\_\_

Datum (oder voraussichtliches Datum) \_\_\_\_\_

Darf der Betroffene ausgehen? **Ja**  **Nein**

**2 Bei Krankheit**

Wann sind die ersten Zeichen zutage getreten? \_\_\_\_\_

Ist die heutige Erkrankung die Folge einer Behinderung oder einer Erkrankung aus der Vergangenheit? **Ja**  **Nein**

Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Wurde der Betroffene von anderen Ärzten als von Ihnen behandelt – wegen der oben genannten Vorerkrankung? **Ja**  **Nein**

– wegen der jetzigen Krankheit? **Ja**  **Nein**

Wenn **Ja**, Name und Anschrift \_\_\_\_\_

**3 Bei Unfall**

Unfall eingetreten am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung der Verletzung (Art, Lokalisation, Umfang, usw.) \_\_\_\_\_

Hat die Verletzung Auswirkungen auf die umliegenden Organe? **Ja**  **Nein**  – Wenn **Ja**, welche? \_\_\_\_\_

Hatte der Betroffene vor dem Unfall irgendein Gebrechen oder irgendein Leiden? **Ja**  **Nein**  – Wenn **Ja**, welches? \_\_\_\_\_

Hat es einen Einfluss auf den Heilungsverlauf bei der Verletzung? **Ja**  **Nein**  – Wenn **Ja**, welchen? \_\_\_\_\_

**4 Wenn der Vertrag die Invalidität deckt**

Beginn der Arbeitsunfähigkeit (genaues Datum) \_\_\_\_\_

Handelt es sich bei der jetzigen Arbeitsunfähigkeit um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit? **Ja**  **Nein**  – Voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ (ab dem o.a. Datum)

Wenn **Nein**, bitte Grad der Arbeitsunfähigkeit angeben \_\_\_\_\_ % – Voraussichtliche Dauer \_\_\_\_\_ (ab dem o.a. Datum)

Wie wird sich die Arbeitsunfähigkeit Ihrer Meinung nach entwickeln? \_\_\_\_\_

Ausgestellt in \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Arztes