Sozialversicherungen des VSE
c/o Ausgleichskasse Verom
Postfach
8952 Schlieren

Arbeitsunfähigkeitszeugnis

		Dossier-Nr. (Durch Versicherer auszufüllen)	
1. Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse	Tel-Nr.	Versicherungs-Nr.
	PLZ Ort	Berufliche Tätigkeit	
2. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		

3. Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Tag/Monat/Jahr _____	Stunde, Minute _____	Voraussichtliche Dauer _____

Angaben für den Versicherten
Wir bitten Sie, die Versicherungsnummer, die auf unseren Korrespondenzen angegeben ist auf diesem Formular und bei anderen Gelegenheiten immer zu vermerken.

Dieses «Arbeitsunfähigkeitszeugnis» muss von Ihrem Arzt bei jeder Kontrolle ausgefüllt werden. Eine Kopie davon muss der Krankenkasse nach jedem Arztbesuch und monatlich gesendet werden, damit die Taggelder regelmässig überwiesen werden können. Das Original behalten Sie bitte bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit und senden es dann umgehend der Krankenkasse.

Änderungen des Prozentsatzes der Arbeitsunfähigkeit müssen der Kasse umgehend gemeldet werden.

Eintragungen des Arztes

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Berufskrankheit ☐ Mutterschaft, vorgesehener Termin :

Datum		Arbeitsunfähigkeit		
der nächsten Kontrolle	der durchgeführten Kontrolle	Grad	Ab dem	Unterschrift des Arztes

Datum		Arbeitsunfähigkeit		
der nächsten Kontrolle	der durchgeführten Kontrolle	Grad	Ab dem	Unterschrift des Arztes

Die Behandlung wurde abgeschlossen am :

Stempel des Arztes

An obenaufgeführten Versicherer senden