

ENTSCHÄDIGUNGSVERSICHERUNG FÜR SELBSTÄNDIGE ERKLÄRUNG ÜBER DIE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Art. 53 des königlichen Erlasses vom 20.07.1971
Vom Selbständigen und vom behandelnden Arzt auszufüllen

1. IDENTIFIZIERUNG – VOM SELBSTÄNDIGEN AUSZUFÜLLEN

Befestigen sie hier den Vignetten der HKIV

Name und Vorname des Berechtigten:

Anschrift Hauptaufenthaltsortes des Berechtigten:

.....

Eintragungsnummer:

Nationalregisternummer bzw. Nummer der SIS-Karte: □□□□□□-□□□-□□

Anschrift des Aufenthaltsortes (wenn diese von der des Hauptaufenthaltsortes abweicht):

(Der Berechtigte muss dem Vertrauensarzt jede Änderung bezüglich seines Wohnsitzes melden- Artikel 65 des königlichen Erlasses vom van 20.7.1971)

2. ERKLÄRUNG – VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN

Unterzeichneter, Doktor der Medizin, erklärt hiermit:.....
zu behandeln

und festgestellt zu haben, dass er/sie (*) arbeitsunfähig ist seit □□-□□-□□□□
wegen (Symptome und ggf. Diagnose)

(Ursache der Arbeitsunfähigkeit angeben (unter anderem erwähnen, ob es sich um einen Unfall bzw. einen Traumatismus handelt) und genügend Daten mitteilen, um dem Vertrauensarzt zu ermöglichen, die mutmaßliche Dauer der Unfähigkeit einzuschätzen)

.....
.....
.....

Der beteiligte ist ins Krankenhaus aufgenommen (*) seit dem □□-□□-□□□□
in:

Grund und mutmaßliche Dauer der Aufnahme:

Identifizierung des Arztes:

(Name, Anschrift und Eintragungsnummer der Ärztekammer oder Stempel des Arztes mit diesen Informationen)

Datum:

Unterschrift des behandelnden Arztes

(*) Nichtzutreffendes streichen

3. VOM VERTRAUENSARZT AUSZUFÜLLEN

Eingangsdatum: Jährliche laufende Nummer:

Anfangsdatum der anerkannten Unfähigkeit:

Aufrufungsfrist: Datum und Unterschrift des Vertrauensarztes