

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit (Pendelformular)

Angaben vom Patienten

Versicherungsschein-Nr.: 342/024277-Q

Vor- und Zuname
Axel Schenker

Geburtsdatum
09.03.1973

Berufliche Tätigkeit
/

Selbstständiger - Gewerbe angemeldet abgemeldet

Arbeitnehmer - Beschäftigungsverhältnis besteht besteht nicht

Krankheitsbedingte Kündigung (siehe Arbeitslos, ab wann Gerichtsbeschluss v. 09.02.11)

Bestand/besteht während Ihrer Krankheit eine Abwesenheit vom Wohnsitz?
 nein ja wenn ja, warum _____ und von _____ bis _____

Wurde ein Rentenanspruch gestellt?
 nein ja wenn ja, wann, wo? in 2013; Deutsche Rentenversicherung Bund

Tagsüber telefonisch erreichbar: /

Ort, Datum
Indonesien, 07.03.14

(Unterschrift des Patienten)

Bescheinigung des Arztes

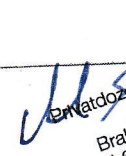
Hiermit bestätige ich, dass für meinen Patienten folgende Definition der Arbeitsunfähigkeit gilt: Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht, der Selbstständige oder freiberuflich Tätige auch nicht mitarbeitend, leitend oder Aufsicht führend ist. Bitte jeweils auch bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit den Grad der Arbeitsunfähigkeit in % angeben.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Diagnose schwerste Trigeminusneuralgie 2. Ast links wegen Bio-Oss, chronisches Schmerzsyndrom, Bio-Oss - Fremdkörperreaktion / Bio-Oss -

Arbeitsunfähigkeit besteht seit dem 06.06.08

Mit welcher früheren Erkrankung besteht ein kausaler Zusammenhang? (Bitte Diagnose und genauen Zeitraum angeben)
Eosinophilie, links Oberkiefer, Bio-Oss-Verantwortung links Oberkiefer, Knochendefekt links Ok, chronische Nierenschwäche, persistierende Leukozytose, Funktionsstörung CMD, psychische Fehlentwicklung, Depression

Behandlungsdatum / Datum der Bescheinigung	Grad der Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunfähigkeit bis ca.	Stationäre Heilbehandlung Aufnahme (A) Entlassung (E)	Änderung der Diagnose	Unterschrift und Stempel des Arztes
09.12.13	100%	15.12.13	A _____ E _____		 Privatpraxis Zahnarzt Dr. med. Dr. med. dent. Michael Stiller Brahmsstr. 11 · 14193 Berlin Tel.: (030) 21 96 96 56 · Fax: (030) 23 63 62 88 E-Mail: stiller@implant-consult.de
	%		A _____ E _____		
	%		A _____ E _____		
	%		A _____ E _____		
	%		A _____ E _____		

Schlussbescheinigung (darf frühestens 3 Tage vor Beginn der Arbeitsfähigkeit ausgestellt sein)

Arbeitsunfähig bis:
15.12.13 100% Lebensende