

# 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, linkes Oberkiefer, Bio-Oss-Verantwortung linkes Oberkiefer, Kieferdehler linkes Ok, chronische Kieferhöhlenentzündung, 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