

rhenusALAER

**Kontrollkarte für Arbeitsunfähigkeit**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers-Nr.: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Vertrag-Nr.: \_\_\_\_\_

**Hinweise für die versicherte Person**

Dieses Formular bleibt bei der versicherten Person und ist der Ärztin/dem Arzt bei jedem Besuch zur Eintragung sowie zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen.  
Die Zeugnisse sind der rhenusana monatlich einzureichen.  
Für die Leistungsabrechnung ist die Kontrollkarte dem Arbeitgeber (z. Hd. Versicherer) bei Wiederaufnahme der Arbeit oder bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit monatlich vorzuweisen. Nach Beendigung der ärztlichen Behandlung ist die Kontrollkarte dem Arbeitgeber abzugeben.  
Nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit ist die Kontrollkarte der rhenusana einzusenden.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie den Krankenversicherer, alle notwendigen Auskünfte von Ärztinnen/Ärzten zu verlangen, die Sie behandeln oder früher behandelt haben, sowie in die Akten der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung, der IV und anderer Versicherungen oder Krankenkassen Einsicht zu nehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Eintragungen der/des behandelnden Ärztin/Arztes**

Arbeitsunfähigkeit infolge:  Krankheit  Unfall  Mutterschaft  
voraus. Geburtstermin: \_\_\_\_\_

| Datum des        |                   | Arbeitsunfähigkeit |           | Unterschrift            | Datum des        |                  | Arbeitsunfähigkeit |           | Unterschrift            |
|------------------|-------------------|--------------------|-----------|-------------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------|-------------------------|
| nächsten Besuchs | erfolgten Besuchs | Grad %             | gültig ab | der Ärztin / des Arztes | nächsten Besuchs | erfolgten Besuch | Grad %             | gültig ab | der Ärztin / des Arztes |
|                  |                   |                    |           |                         |                  |                  |                    |           |                         |
|                  |                   |                    |           |                         |                  |                  |                    |           |                         |
|                  |                   |                    |           |                         |                  |                  |                    |           |                         |
|                  |                   |                    |           |                         |                  |                  |                    |           |                         |
|                  |                   |                    |           |                         |                  |                  |                    |           |                         |
|                  |                   |                    |           |                         |                  |                  |                    |           |                         |

Abschluss der ärztlichen Behandlung am: \_\_\_\_\_ **Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% am: \_\_\_\_\_