

DA Direkt Versicherung
Unfallschaden
61434 Frankfurt am Main

Die Unfallschadenabteilung erreichen
Sie unter der Servicenummer
Telefon: 0221 7715-5050
Fax: 0221 7715-5127
E-Mail: unfallschaden@zurich.com

Bescheinigung zur unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

(Nur durch den Arzt zu beantworten)

Schadensnummer

Namen der Verletzten

Unfalltag

Geburtsdatum

Der Patient/die Patientin ist berufstätig als

In der privaten Unfallversicherung ist für den Anspruch auf Tagegeld maßgebend, zu welchem prozentualen Anteil die Unfallfolgen die/den Versicherte(n) in ihrer/seiner Arbeitsfähigkeit einschränken. Hierbei ist ausschließlich darauf abzustellen, **in welchem Umfang die tatsächlich ausgeführte Berufstätigkeit durch die Unfallfolgen beeinträchtigt wurde**. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren nachstehenden Angaben.

Die Behandlung erfolgte wegen nachstehender Diagnosen:

Was wurde Ihnen als Ursache/Anlass der Beschwerden angegeben (z. B. Leitersturz)

Es handelt sich um einen Arbeitsunfall (Kostenübernahme durch gesetzlichen Träger)

ja nein

Der Patient/die Patientin war unfallbedingt vom _____ bis _____ bettlägerig

Er/sie konnte schriftliche Arbeiten verrichten seit _____ und zwar _____ Std./Tag

Er/sie konnte körperliche Arbeiten verrichten seit _____ und zwar _____ Std./Tag

Der Patient/die Patientin war als Arbeitnehmer krankgeschrieben vom _____ bis _____

Dauer der ärztlichen Behandlung Beginn _____ Abschluss _____

Ich schätze den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des/der Patient(in) allein wegen der Unfallfolgen aufgrund der o. g. Berufstätigkeit und Beschäftigung wie folgt ein:

Vom (Datum)

Bis (Datum)

%-uale Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Vom (Datum)	Bis (Datum)	%-uale Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bitte fügen Sie uns, sofern vorhanden, Kopien der Behandlungs- und Befundberichte bei. Vielen Dank.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes