

**Zurich Gruppe Deutschland
Unfallschaden
50427 Köln**

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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------