



Name

Strasse

Adresszusatz

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Vorname

PLZ/Ort

E-mail

Tel-Nr.

1. Grund

Krankheit  Unfall

2. Datum des Beginns

3. Erste Konsultation beim behandelnden Arzt

4. Genaue Diagnose

5. Rezidiv

Ja, aus Jahr   nein

6. Arbeitsunfähigkeit

% von  bis

% von  bis

% von  bis

7. Behandelnde Ärzte

Name

Vorname

Adresse

Name

Vorname

Adresse

8. Taggeld-Überweisung erwünscht auf

a - Postkonto

b - IBAN

Name der Bank



### Ermächtigung

Gemäss den Allgemeinen Bedingungen, (Plan A Art. 23, Plan B und C Art. 12.3), ermächtige ich:

- die Schweizerische Ärzte-Krankenkasse bei den behandelnden Ärzten, die für die Anspruchskontrolle im Zusammenhang mit dieser Krankheits-/Unfallmeldung notwendigen Berichte einzufordern,
- die Spitäler, Ärzte, Chiropraktoren, Psychologen, Therapeuten oder andere medizinisch geschulte Personen, Arbeitgeber, Unfall-, Kranken- und Lebensversicherer, Pensionskassen, die Suva, die eidgenössische Militär- und Invalidenversicherung und die Behörden

diejenigen Auskünfte zu erteilen, die die Schweizerische Ärzte-Krankenkasse für die Prüfung des Anspruchs auf Taggeldleistungen benötigt, und ihr die entsprechenden Akten auszuhändigen.

Die Schweizer Ärzte-Krankenkasse benötigt Ihre persönlichen Daten zur Verwaltung Ihres Dossiers und zur Prüfung Ihrer Ansprüche. Weitere Informationen zu unseren Datenschutzmassnahmen und dazu, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und respektieren, finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).

Name

Geburtsdatum

Datum

Vorname

Unterschrift

---

### Bescheinigung

**Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt bestätigt die Richtigkeit der Angaben auf Seite 1 (Pos. 1-7)**

Bemerkungen

Datum

Stempel und  
Unterschrift