

Schweizerische Ärzte-Krankenkasse
Postfach 2046
9001 St. Gallen

GESUNDMELDUNG / Prozentsatzänderung in der Arbeitsunfähigkeit

Name/Vorname/Geb. Datum: _____

Die Unterzeichnenden melden der Schweiz. Ärzte-Krankenkasse nachstehende Erwerbsunfähigkeit:

.....% vom bis und mit

.....% vom bis und mit

.....% vom bis und mit

volle Arbeitsfähigkeit ab:

Ort und Datum:

Unterschrift des Mitgliedes:

.....

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des
behandelnden Arztes: