

Telefonische Krankschreibung

Voraussetzungen für die Krankschreibung:

1. Nur für uns bekannte Patienten möglich.
2. Nur bei milden Symptomen.
3. Krankschreibung kann für maximal 5 Tage ausgestellt werden.
4. Patienten haben keinen Anspruch auf eine Krankschreibung (Entscheidung liegt beim Arzt).

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN GROSSBUCHSTABEN AUS UND ACHTEN SIE DARAUF, DASS ES GUT LESBAR IST.

Nachname:		Vorname:	
Adresse:		Geburtsdatum:	Deutsche Gesetzliche Krankenversicherung?
Postleitzahl:	Bezirk: (e.g. Neukölln, Wedding etc.)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
E-mail:		Telefonnummer:	

1. Haben Sie ein positives Ergebnis des Antigen-Schnelltests aus SARS-COV2 (COVID19)? JA NEIN

Bitte führen Sie Ihre Symptome unten auf:		HABEN SIE CHRONISCHEN KRANKHEITEN? z. B. Asthma, Diabetes. Wenn ja, bitte auflisten:
Laufende Nase	<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	NEHMEN SIE DERZEIT MEDIKAMENTE EIN?
Fieber	<input type="checkbox"/>	
Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	WELCHEN BERUF HABEN SIE?
Durchfall	<input type="checkbox"/>	
Weitere Symptome:		WANN HABEN IHRE BESCHWERDEN BEGONNEN? AB WELCHEM TAG SIND SIE KRANKHEITSBEDINGT AUF DER ARBEIT AUSGEFALLEN?

Bitte senden Sie dieses Formular unterschrieben per E-Mail oder persönlich zurück.

Der Krankenschein wird digital an Ihre Versicherung übermittelt. Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten einverstanden.
DATENSCHUTZ: Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen und Ihre personenbezogenen Daten löschen möchten (Art. 7 Abs. 3 S. 1 Art. 17 Abs. 1 b) DSGVO.).

Unterschrift: Datum:

Dankeschön!