



# Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit

Berufliche Krankenversicherung des  
Hoch- und Tiefbaus des Kantons Wallis  
Rue de l'Avenir 11  
1951 SITTEN  
☎ 027 327 32 40

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Dossiernummer (durch die Versicherung auszufüllen)

<b>1. Versicherter</b>	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11 Ziffern)
	Adresse _____	Tel.	Nr. des Versicherten
	PLZ Wohnort _____	Übliche berufliche Tätigkeit	
<b>2. Arbeitgeber</b>	Name, Adresse, PLZ und Ort _____		
<b>3. Beginn der Arbeitsunfähigkeit</b>	Tag / Monat / Jahr _____	Zeit (Std. / Min.) _____	Voraussichtliche Dauer gemäss Ihrem Wissen _____

### Hinweis für den Versicherten

Wir bitten Sie, die Versicherungsnummer, welche auf sämtlicher Korrespondenz aufgeführt ist, auf diesem Formular sowie auf jeder weiteren Korrespondenz zu erwähnen.

Das vorliegende « Ärztliche Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit » muss von Ihrem Arzt bei jedem Besuch vervollständigt werden. Eine Kopie davon muss der Beruflichen Krankenversicherung **spätestens 6 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit** zugestellt werden sowie ein Mal pro Monat für die Taggeldentschädigungen. Das Original wird von Ihnen bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit aufbewahrt und danach innert kürzester Frist der Beruflichen Krankenversicherung retourniert.

Der Versicherte hat der Kasse unverzüglich jegliche Änderung der prozentualen Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen.

### Angaben des Arztes

- Krankheit     
  Unfall     
  Berufskrankheit     
  Schwangerschaft; vorgesehener Termin:

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
der nächsten Konsultation	der vor-genommenen Konsultation	%	ab	

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
der nächsten Konsultation	der vor-genommenen Konsultation	%	ab	
Die Behandlung wurde am _____ abgeschlossen.				

**Stempel des Arztes :**

Geht an : oben erwähnte Krankenversicherung