

<b><u>Mitteilung Zeiten Arbeitsunfähigkeit</u></b>	<b><u>(Stempel Arbeitgeber)</u></b>
--	-------------------------------------

<u>Krankenkasse (versichert bei):</u>	➤
<u>Name, Vorname:</u>	➤
<u>Datum Arztbesuch:</u>	➤
<u>Beginn Arbeitsunfähigkeit:</u>	➤
<u>Ende (voraussichtlich) Arbeitsunfähigkeit:</u>	➤
<u>Bitte ankreuzen:</u> (Aussteller der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AU wg. Krankheit Vertragsarzt / Vertragsarzt</li> <li>○ AU wg. Arbeitsunfall / Berufskrankheit</li> <li>○ AU wg. stationärer Aufenthalt Krankenhaus / Reha</li> </ul>	<u>Bitte ankreuzen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erstbescheinigung</li> <li>○ Folgebescheinigung</li> <li>○ ohne ärztliche Bescheinigung (höchstens 3 Tage)</li> </ul>
<u>Datum / Unterschrift</u> (Hiermit wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben versichert)	➤