

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

<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"> <input type="radio"/> AU wg. Krankheit Vertragsarzt / Vertragsarzt <input type="radio"/> AU wg. Arbeitsunfall / Berufskrankheit <input type="radio"/> AU wg. stationärer Aufenthalt Krankenhaus / Reha 	<u>Bitte ankreuzen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Erstbescheinigung <input type="radio"/> Folgebescheinigung <input type="radio"/> ohne ärztliche Bescheinigung (höchstens 3 Tage)
<u>Datum / Unterschrift</u> (Hiermit wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben versichert)	➤