

# Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</b> <b>1</b>
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit			<input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen
arbeitsunfähig seit			<div>Muster</div> <div>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit			
festgestellt am			
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen			
<b>Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</b>			
Dokumentenversion: Dokumententyp:			PRFNR.