

Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		<input type="checkbox"/> Folgebescheinigung
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; color: blue; font-size: 2em; transform: rotate(-10deg); opacity: 0.5;">Muster</div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>		
arbeitsunfähig seit	_____			
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	_____			
festgestellt am	_____			
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen				
Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber				
Dokumentenversion: Dokumententyp:		PRFNr.		