

Arbeitgeber

Name des Mitarbeiters

„Fragebogen Arbeitsunfähigkeit“

Arbeitsunfähig/ Krankheit von:	Arbeitsunfähig/ Krankheit bis:	Ohne Arztbesuch	Mit Arztbesuch	Erstbescheinigung	Folgebescheinigung	Arbeitsunfall	Reha/ Kur	Krank am Feiertag	Letzter Arbeits- tag vor der Er- krankung?	Wurde am 1. Tag der AU noch gearbei- tet? Wenn ja, wie viel Stun- den?	
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber / Stempel

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Kreuzschutz
-----	-----	-----	-----	------	-----	-------------

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
zur Vorlage beim Arbeitgeber

Name, Vorkname des Versicherten: _____
geb. am: _____

Kassen-Nr.: _____ Status: _____

Vertragsarzt: _____

Empfehlung:
Bitte lassen Sie von Ihren Mitarbeitern bei deren Arztbesuch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Arbeitgeber anfordern (ohne Diagnose).
Dies erleichtert das derzeitige Lohnfortzahlung-Erstattungsverfahren enorm.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Erstbescheinigung Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit Dem Durchgangsarzt zugewiesen

Arbeitsunfähig seit: _____

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich: _____

Festgestellt am: _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1. 2020)