

**Arbeitsunfähigkeits -
bescheinigung****Krankenkasse bzw: Kostenträger**

Insurance company

test

Name, Vorname des Versicherten

Name First Name

DOB

test test

12 / 3 / 2022

Kassen-Nr.Number Insurance
Company

12

Versicherten-Nr.Insurance number of
Person

134

Status

Status

true

Betriebsstätten-Nr.

Hospital Number

1234567890

Arzt-Nr.

Doctor Number

0987654321

Date

Status

12 / 3 / 2022

First Time Certification

Erstbescheinigung☒ Workincident / Result of
Workincident☒ **Arbeitsunfall,
Arbeitsunfallfolgen,
Berufskrankheit**

Occupational disease

Continuation of certification

Folgebescheinigung☒ Sent to a Special
Doctor☒ **Dem Durchgangsarzt
zugewiesen**

12 / 3 / 2022

arbeitSunfanhig Seit

Impossible to work since

12 / 2 / 2022

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis
einschließlich

most likely imposible to work until

festllgestellt am

detected at

12 / 3 / 2022

**Stemp and Signature of the Doctor
Vertragsarzlistempel / Unterschrift
des Arztes**