


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krankenkasse		46
Name, Vorname des Versicherten		
Blaufuss		
		geb. am
Dennis		24.05.99
Walter-Hesselbach-Str. 54		
D 60389 Frankfurt		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
105177505	D348543111	
	Arzt-Nr.	Datum
	198851201	22.03.22

<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen
arbeitsunfähig seit	<u>21.03.22</u>
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	<u>31.03.22</u>
festgestellt am	<u>22.03.22</u>

**Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

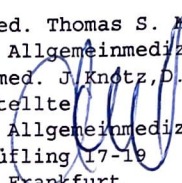
# Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

☒ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Dr. med. Thomas S. Meddäus  
FA f. Allgemeinmedizin  
Dres.med. J. Knötz, D. Piechulek  
Angestellte  
FÄ f. Allgemeinmedizin  
Im Prüfling 17-19  
60389 Frankfurt  
Fon: 069/2474154-0  
Fax: 069/2474154-29



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes