

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

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

2 1 . 0 3 . 2 2

3 1 . 0 3 . 2 2

2 2 . 0 3 . 2 2

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