

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Für den Arbeitgeber (zum Ausfüllen von Hand)

Bitte alle Felder gut lesbar und in Druckbuchstaben ausfüllen. Dieses Formular dient als Vorlage für handschriftliche Einträge.

Name des Arbeitnehmers:

Arbeitgeber:

Versichertennummer (optional):

Ausstellungsort (Ort der Praxis):

Arbeitsunfähig vom: _____ bis _____

Anzahl der Tage (optional): _____

Bemerkungen / Hinweise (für Arbeitgeber):

Praxis-Stempel:

Unterschrift / Stempel Arzt:

Ausstellungsdatum: