

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Dokumentenversion:
Dokumententyp: e010

Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung

1

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes