

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

004957003

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

# 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.

Daadoush Fadi

Ungererstr. 169

80805 München

Tel: 089/363445

Fax: 089/369721

E-Mail: praxis.daadoush@gmail.com

Fadi Daadoush

FÄ/FA Innere Medizin

004957003

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Dokumentenversion: 1.1.0  
Dokumententyp: e010

PRF.NR. Y/80/2408/24/216  
e3a83721-ec55-45c8-b799-6a5743d8212f