

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. 004957003	Datum

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.

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

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