

Arbeitsunfähigkeits- 1
bescheinigung

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

--	--	--	--	--	--	--	--

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code

--

ICD-10 - Code

--

ICD-10 - Code

--

ICD-10 - Code

--

ICD-10 - Code

--

ICD-10 - Code

--

--

☐ sonstiger Unfall,
Unfallfolgen☐ Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation☐ stufenweise
Wiedereingliederung☐ Sonstige

--

Im Krankengeldfall☐ ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall☐ Endbescheinigung