

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