

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK PLUS

Name, Vorname des Versicherten

Hager  
Max  
Essener Strasse 11  
10555 Berlin

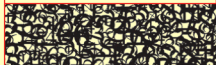
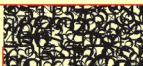
geb. am  
25.03.2001

Kostenträgerkennung

107299005

Versicherten-Nr.

Z674024000



Arzt-Nr.

361751810

Datum

17.12.22

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

1	5	1	2	2	2
---	---	---	---	---	---

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

2	1	1	2	2	2
---	---	---	---	---	---

festgestellt am

1	7	1	2	2	2
---	---	---	---	---	---

**Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

## Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung (privat)

Diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist  
ausschließlich zur Vorlage beim Arbeitgeber  
bestimmt.

Sie ist mit dem Mindestinhalt des § 5 EFZG ausreichend.

Hinweis:

Diese private Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung  
wurde nach ausführlicher telemedizinischer  
Begutachtung und Diagnose durch den Arzt  
erstellt. Rückfragen bitte an TeleClinic GmbH:  
**Tel.: 0800 000 8342**

Dr. med. Michael Schmidt  
Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
Liederbacher Str 9  
65929 Frankfurt

Digitale / Faksimile Unterschrift des Arztes