

Digitale Meldung zur Arbeitsunfähigkeit

Bitte übertragen Sie den Inhalt Ihrer ärztlichen AU in die markierten Felder.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
	Arzt-Nr.	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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Falls Sie uns keine Kopie Ihrer AU zur Verfügung stellen möchten, bitte dieses Dokument ausfüllen, per Email schicken oder ausdrucken und per Post schicken.