* Muster Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

[redacted]

Name, Vorname des Versicherten

[redacted]

geb. am [redacted]

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. [redacted]

Betriebsstätten-Nr. [redacted] | Arzt-Nr. [redacted] | Datum 23.02.15

Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung 1

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

☐ Erstbescheinigung ☐ Folgebescheinigung

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit ☐ dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit 20.02.15

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich 25.02.15

festgestellt am 23.02.15

45 19 210
Dr. med. Jürgen Herold
Internist/SP Lungenheilkunde
Frankfurter Straße 22
65189 Wiesbaden
Telefon 0611/305256
LANR:381109823 BSNR:451921000

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte sofort dem Arbeitgeber vorlegen!