

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
(Anschrift bzw. Stempel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_  
(Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig bis einschließlich: \_\_\_\_\_

Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall zurückzuführen? Ja  Nein

War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig? Ja  Nein

Handelt es sich um eine Kur? Ja  Nein

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?

Nein  Ja, für \_\_\_\_\_ Stunden wurde keine Erstattung beantragt.

Für den o. g. genannten Zeitraum wurde Lohnfortzahlung wegen Krankheit durch den Arbeitgeber gezahlt.

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigen Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Arbeitgeber

### HINWEIS:

Diese Bescheinigung ist dem Lohnbüro bei Erkrankung des Arbeitnehmers bis 2 Tage vorzulegen um einen evtl. Erstattungsantrag einreichen zu können.

Bei Erkrankung ab dem 3. Tag ist weiterhin die AU-Bescheinigung durch den Arzt vorzulegen.