

# Krankmeldungen

Name/Firmenstempel

Monat/Jahr:

	Name, Vorname	Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit		Krankschreibung vorhanden		Arbeitsunfall?
		Beginn	Ende*	ja	nein	ja
1						
2						
3						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

\* Ende angeben falls vorhanden

**HINWEIS:** In den nachfolgend aufgeführten Fällen ist eine elektronische Abfrage nicht möglich

- Privat krankenversicherte Arbeitnehmer
- Erkrankung des Kindes
- Beschäftigungsverbote
- Rehabilitationsleistungen
- Wiedereingliederungen
- Erkrankung im Ausland

**Reichen Sie uns bitte diese Bescheinigungen weiterhin ein.**