

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Privat	
Name, Vorname des Versicherten	
Mustermann, Max	
Musterstrasse 23	geb. am 23.08.1911
12345 Musterhausen	
Arzt-Nr.	Datum
Privatarzt	25.03.2099

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-
folgt Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

2	5	0	3	9	9
---	---	---	---	---	---

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

2	7	0	3	9	9
---	---	---	---	---	---

festgestellt am

2	5	0	3	9	9
---	---	---	---	---	---

Armed Lorenzen
Arzt für B Notfallmedizin
Postfach 17
21073 Hamburg
Telefon / 303 82 451

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber