

# Arbeitsfähigkeitsmeldung

\_\_\_\_\_  
Stempel

Versicherungs-NR	Name	Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	Anmerkung *)

\*) Bitte in folgenden Fällen Vermerke anbringen: bei Krankenhaus-, Kur-, Rehabilitationsaufenthalt, Diagnosenergänzungen;  
bei Vertretung: Name der protokollierenden Ärztin/des protokollierenden Arztes;  
sonstige Mitteilungen.