

## Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung\*

\*Vordruck e01 wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Anlage 14c überführt.

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h3 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h3> <span style="font-size: 24pt; font-weight: bold;">1</span> </div> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung  <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; color: blue; font-size: 48pt; font-weight: bold; transform: rotate(-15deg); opacity: 0.5;">Muster</div> <div style="text-align: right; font-size: 8pt;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</div>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger														
Name, Vorname des Versicherten		geb. am												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum												
<b>Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse</b>														
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> <td>ICD-10 - Code</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten <input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Sonstige _____			ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	_____	_____	_____
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code												
_____	_____	_____												
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code												
_____	_____	_____												
<p><b>Im Krankengeldfall</b>      <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall      <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p><b>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld</b>  <i>Wird Ihnen in der Arztpraxis die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse ausgehändigt, leiten Sie diese bitte an Ihre Krankenkasse weiter. Dadurch können zeitliche Verzögerungen bei der Gewährung von Kranken- bzw. Verletztengeld vermieden werden.</i></p>														
Dokumentenversion: Dokumententyp:	PRF.NR.													

# Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: right; font-weight: bold; font-size: 24px;">1</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: center; color: blue; font-size: 48px; opacity: 0.5;">Muster</div> <p style="font-size: x-small; text-align: right; margin-top: 5px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit</p> <p style="margin: 5px 0;">arbeitsunfähig seit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p style="margin: 5px 0;">festgestellt am _____</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p style="margin: 5px 0;"><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber</div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 20px;">Dokumentversion: Dokumenttyp:</p>												
<p style="font-size: x-small;">PRF.NR.</p>													

# Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ausfertigung für Versicherte

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span></td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>arbeitsunfähig seit _____</p> <p>voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____</p> <p>festgestellt am _____</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> <h1 style="margin: 0;">1</h1> </div> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin-top: 20px;"> <h1 style="color: blue; opacity: 0.5;">Muster</h1> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<b>Ausfertigung für Versicherte</b>													
<p><b>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p>Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>		ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____						
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____											
<p><b>Im Krankengeldfall</b> <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p><b>Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld</b></p> <p style="font-size: x-small;">Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre <b>aktuell gültige</b> Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</p>													
Dokumentenversion: Dokumententyp:	PRF NR.												