


Vordruck e01: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

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="3">Name, Vorname des Versicherten 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> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse </div>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> 1 </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: 10px; color: blue; font-size: 48pt; opacity: 0.5;"> Muster </div> <p style="text-align: center; font-size: 8pt;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</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>_____</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> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen <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 <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											
_____	_____	_____											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld 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.</p> </div>													
<p>Dokumentenversion: _____ PRF.NR. _____ Dokumententyp: _____</p>													

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="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">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="text-align: right;"> <h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung</h2> 1 </div> <p style="margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Muster </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em; 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><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> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber </div>															
<p style="font-size: 0.8em;">Dokumentversion: Dokumententyp:</p>	<p style="font-size: 0.8em;">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 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> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen </p> <p> arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____ festgestellt am _____ </p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Ausfertigung für Versicherte</p>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1</h2> <p> <input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> Muster </div> <p style="text-align: right; font-size: 8px; margin-top: 10px;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten geb. am													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</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 <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 <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 _____											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung </p> <p style="font-size: 8px; margin-top: 5px;"> Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletzengeld 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 aktuell gültige Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletzengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. </p> </div> <p style="font-size: 8px; margin-top: 10px;"> Dokumentenversion: _____ PRFNR. _____ Dokumententyp: _____ </p>													