

## Krankmeldung Mitarbeiter/in

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beginn Arbeitsunfähigkeit (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig durch (Nr.): \_\_\_\_\_

1. Krankheit
2. Arbeitsunfall/Berufskrankheit
3. Stationäre Krankenhausbehandlung