

Schnellmeldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber:
(Firmenstempel)

Persönliche Angaben:

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Familienname | Vorname |
| Beginn der Arbeitsunfähigkeit | Voraussichtlich arbeitsunfähig bis |

Arbeitsunfähig durch:

- Krankheit (Krankschreibung durch Arzt)
- Arbeitsunfall und Berufskrankheiten
- Stationäre Krankenhausbehandlung
- Krankheit (Kurzeiterkrankung max. 3 Tage)

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber