

Meldung von Arbeitsunfähigkeit

- Erstmeldung
 Folgemeldung

Krankenkasse: _____

Die AU-Bescheinigung ausstellende(r) Ärztin / Arzt : _____

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Anschrift: _____

Kirchenkreis / Kirchengemeinde / Kita: _____

Arbeitsunfähig seit: _____

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschl.: _____

Ausstellungsdatum der AU-Bescheinigung: _____

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift