

# Arbeitsunfähigkeitsmeldung für Mitarbeiter

Arbeitgeber:

Nachname:

Vorname:

Krankenkasse:

## Angaben zur Arbeitsunfähigkeit:

erster Tag der Arbeitsunfähigkeit:

bis voraussichtlich:

Erstbescheinigung:

Folgebescheinigung:

Grund der Arbeitsunfähigkeit:

Bitte das ausgefüllte Formular an [info@bundm.nrw](mailto:info@bundm.nrw) per Mail schicken