



# Nachweis über Arbeitsunfähigkeit

## Angaben zum Patienten

Vorname, Name	Geburtsdatum	Versicherungsschein-Nummer
berufliche Tätigkeit (diese Zeile ist vom Versicherten auszufüllen)		<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer

## Bescheinigung des Arztes

Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, der Selbstständige oder freiberuflich Tätige auch nicht mitarbeitend, leitend oder aufsichtsführend.

Einzutragen sind jeweils 14-tägig:

- Das Behandlungsdatum
- Der Grad der Arbeitsunfähigkeit in %, von/bis
- Das Datum der Bescheinigung, Unterschrift und Praxisstempel

Soweit zutreffend sind ebenfalls anzugeben:

- Beginn und Ende einer stationären Heilbehandlung
- Eine Änderung der Diagnose (mit Datum)

## Erstbescheinigung

Behandlungsbeginn	Diagnose
Arbeitsunfähigkeit besteht seit	Mit welcher Erkrankung besteht ein Zusammenhang?

Behandlungsdatum	voraussichtlich arbeitsunfähig	Ausgeh-erlaubnis	stationäre Heilbehandlung Aufnahme A Entlassung E	Änderung der Diagnose	Datum der Bescheinigung	Unterschrift und Stempel des Arztes
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			

## Folgebescheinigungen

	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			
	zu ____ % von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	A _____ E _____			

## Schlussbescheinigung (erst bei Ende der AU auszufüllen)

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	Datum der Bescheinigung	Unterschrift und Stempel des Arztes
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Attestkosten trägt der Patient