

Arbeitsunfähigkeiten

Praxis (ggf. Stempel)

_____/_____
Monat Jahr

Name	Vorname	Attestpflicht	Arbeitsunfähig		Art*
			von	bis	
Mustermann	Ulrike	ab dem 4. Tag	16.01.2023	19.01.2023	1

Bitte auch bei druchgehenden Erkrankungen stets Erst- und Folgebesccheinigungen (Zeiträume) getrennt erfassen !!

* Art:
1: Krankschreibung (Arzt/Zahnarzt)
2: Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
3: stationäre Krankenhausbehandlung