

# 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

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