

BGKK

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Für den Dienstgeber

VERSICHERTER

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Arbeitsunfähig ab:

Wohnanschrift

Behandlungsbeginn:

Dienstgeber

**Voraussichtliche Dauer:
Ausgezeit:**

Rezeptgebührenbefreiung

Arbeitsunfähig bis:

Arbeitsfähig ab:

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

Arbeitsunfähigkeitsursache:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit (Unglücksfall) | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Sportunfall |
| <input type="checkbox"/> Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Raufhandel |
| <input type="checkbox"/> Trunkenheit | <input type="checkbox"/> Dienst- (Kriegs) beschädigung |

Hinweis für den Versicherten:

Sie können sich auch über das Internet unter
www.bgkk.at (Gesundmeldung)
gesund melden!

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt:

Summe: € _____

Anweiser:

Prüfer: