

BGKK

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Für die Krankenkasse

VERSICHERTER

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Arbeitsunfähig ab:

Wohnanschrift

Behandlungsbeginn:

Dienstgeber

Diagnose:

Rezeptgebührenbefreiung

Voraussichtliche Dauer:

Ausgehzeit:

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 |

Wird von der Krankenkasse ausgefüllt:

Rückdatierung genehmigt ab:

nicht genehmigt ab:

Rückdatierung auf beantragt:

Ärztliche Begründung: